FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — THÈSE — N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Jules DESURMONT**

Lauréat de la Faculté Libre de Lille
Né à Tourcoing (Nord), le 12 mars 1886

## ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

DES

# TUMEURS SOLIDES BILATÉRALES

## DES OVAIRES

*Président :* M. SEGOND, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1911

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## LE DOYEN, M. LANDOUZY

### PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>DEJERINE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | CHAUFFARD |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | HAYEM<br>GILBERT<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>PINARD<br>RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| BALTHAZARD | DESGREZ | LENORMANT | PROUST |
| BERNARD | DUVAL (P.) | LEQUEUX | RATHERY |
| BRANCA | GOUGEROT | LERI | RETTERER |
| BRINDEAU | GREGOIRE | LOEPER | RICHAUD |
| BROCA (A.) | GUENIOT | MACAIGNE | ROUSSY |
| BRUMPT | GUILLAIN | MAILLARD | ROUVIERRE |
| CAMUS | JEANNIN | MORESTIN | SCHWARTZ |
| CARNOT | JOUSSET (A.) | MULON | SICARD |
| CASTAIGNE | LABBE (M.) | NICLOUX | TERRIEN |
| CHEVASSU | LANGLOIS | NOBECOURT | TIFFENEAU |
| CLAUDE | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC | ZIMMERN |
| COUVELAIRE | LECENE | OMBREDANNE | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE

ET DE MA SŒUR GABRIELLE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance et d'amour filial.*

A MA SŒUR

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGIER

Doyen de la Faculté
Professeur de Clinique infantile

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. DURET

Professeur de Clinique chirurgicale
Ex-chirurgien des Hôpitaux de Paris
Associé de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DESPLATS

Professeur de Clinique médicale

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELASSUS

Ancien professeur de Clinique obstétricale
Professeur de Clinique chirurgicale

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

## MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital de la Salpêtrière
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

# PRÉFACE

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis, au terme officiel de nos études médicales, de jeter un regard sur les inoubliables et trop fugitives années de notre vie universitaire, et de remercier tous ceux qui les ont préparées ou rendues si remarquablement heureuses.

Notre pensée ira d'abord à notre père, dont le lointain souvenir nous est demeuré comme un vivace exemple de digne honnêteté et d'amour du travail. C'est à sa mémoire vénérée qu'en tout premier lieu nous avons voulu dédier ce modeste ouvrage, ainsi qu'un hommage rendu aux belles leçons qu'il nous a laissées.

Notre reconnaissance s'adresse aussi tout naturellement à notre bonne mère, dont la vaillance et la force d'âme, soutiens de notre travail et de nos espérances, ne se sont jamais démenties, malgré les charges d'une famille privée prématurément de son chef. C'est peu de lui dire qu'elle a droit à notre gratitude sans bornes, et nous serions heureux qu'elle voie dans cette dédicace le gage de notre affectueuse tendresse.

De celle-ci, nous reportons une bonne part sur

notre sœur. Les marques d'inlassable dévouement et d'attachement qu'elle nous a prodiguées n'ont point de peine à faire naître dans notre cœur nn écho de profonde reconnaissance.

Pourquoi faut-il que nous ne puissions y associer celle qu'une humeur primesautière, une intelligence ouverte et une délicate élévation de sentiments nous avait rendue si chère ! Fauchée dans le riant épanouissement de sa jeunesse par cette dothiénenterie perfide que les ressources de la clinique et du laboratoire ne combattent pas encore avec des armes assurées, elle ne nous a laissé que la mémoire de son aimable nature et de sa douce amitié. Quelle reçoive aujourd'hui du moins l'hommage de notre pieux et inaltérable souvenir.

Après notre famille, nous n'aurons garde d'oublier nos anciens maîtres du collège de Tourcoing. Au temps de nos « humanités », ils nous ont inculqué par leurs conseils et leurs exemples de fiers principes de dignité professionnelle et un ardent amour de l'étude qui nous a mené sans encombre au terme de notre carrière estudiantine. Qu'ils en soient remerciés !

Nous avons hâte de nous retourner vers nos maîtres de la Faculté libre de Médecine de Lille : tous ont droit à notre gratitude pour les efforts prodigués en vue de notre formation médicale. Elle s'adressera particulièrement à M. le doyen Augier qui nous a rendu si utile notre temps d'externat à l'hôpital des Enfants et qui nous a ouvert pour notre

thèse les trésors du musée d'anatomie pathologique.

A M. le professeur Desplats nous devons beaucoup de nos connaissances cliniques ; à M. le professeur Delassus une instruction sérieuse de l'art délicat des accouchements et de la gynécologie ; à M. le professeur Faucon une bonne somme de nos connaissances pratiques de chirurgie. M. le Dr Danel nous a été particulièrement bienveillant dans sa clinique dermatologique, qu'il reçoive l'assurance de notre gratitude. M. le Dr Vouters, que nous regrettons de n'avoir pas eu assez longtemps pour maître, nous laissera le souvenir d'un professeur savant et d'un éducateur médical émérite.

Nous ne pouvons surtout pas oublier M. le Dr Duret, professeur de clinique chirurgicale. Il est de ceux dont on s'enorgueillit d'avoir été l'élève et nous tâcherons toujours d'être digne des enseignements que nous en avons reçus.

M. le Dr Dominique Augier, après nous avoir inspiré le sujet de notre thèse, nous a de ses conseils judicieux, facilité notre tâche. Il s'est acquis, ce faisant, toute notre plus vive gratitude.

C'est à tous nos amis (1) enfin que nous adressons un souvenir ému. Compagnons enthousiastes et joyeux de notre libre vie d'étudiant, ou relations

---

1. Notre ami, M. Maurice Dekester, s'est chargé de nous dessiner quelques planches microscopiques. Au camarade nous adressons nos sympathiques remerciements,et à l'artiste nos sincères félicitations.

charmantes de quelques remplacements plus particulièrement suivies, ils ont éclairé notre jeunesse de leurs rires ou de leur large sympathie de futurs confrères. De ceux-ci nous ne pouvons ne point citer M. le Dr Bonenfant, de Linselles, qui le premier fut pour nous un guide averti dans les dédales de la pratique, et M. le Dr Leplat, de Wattrelos, qui nous a dans maintes occasions fait le collaborateur de ses habiles interventions chirurgicales, en particulier dans la cure opératoire des hernies où il est passé maître.

A tous, nos regrets et notre cordial merci !

M. le professeur Segond a bien voulu accepter la présidence de notre thèse : nous le remercions respectueusement de ce grand honneur dont nous sentons tout le prix.

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

DES

# TUMEURS SOLIDES BILATÉRALES

## DES OVAIRES

## INTRODUCTION

Depuis l'ère antiseptique et l'avènement de la chirurgie abdominale, aucun sujet n'a peut-être suscité tant de travaux que les tumeurs de l'ovaire. Cependant, la question n'est point toute tranchée, et pour ne parler que des tumeurs solides, les seules que nous voulions envisager, l'anatomie pathologique, aussi bien que la pathogénie, et les bases mêmes du diagnostic, demeurent entourées de difficultés et de troublantes incertitudes.

Un point nous a particulièrement frappé : c'est la fréquence de la bilatéralité de ces néoplasmes qui ne peut manquer de faire naître dans l'esprit quelques problèmes, si l'on songe à l'extrême rareté des tumeurs doubles dans le plus grand nombre des autres organes de l'économie. Ayant eu l'avantage, durant notre externat et nos visites dans le service chirurgical de M. le professeur Duret, de voir un certain nombre de tumeurs solides bilatérales des

ovaires, nous avons cru intéressant, poussé vers cette idée par notre ami et ancien chef de clinique, M. le Dr Dominique Augier, de faire de leur étude le sujet de notre thèse. Hélas, « tout est dit, et l'on vient trop tard » : ce mot de La Bruyère nous eût semblé cruel si nous avions eu la prétention de faire œuvre nouvelle et d'apporter aux problèmes qui se posent des données originales. Devant les divergences des opinions les plus autorisées et la délicate complexité du sujet cette tentative nous eût paru d'une naïve témérité. Pourquoi cependant ne pas essayer de rassembler sur cette question des tumeurs solides bilatérales, peu étudiées dans les traités classiques, les travaux des anatomo-pathologistes, les observations éparses et les données récentes que l'expérience plus avertie des cliniciens a jetées dans le débat. De cette étude synthétique des efforts accomplis et des faits acquis à la science, il est déjà possible de dégager les résultats thérapeutiques obtenus et des conclusions légitimes au point de vue du traitement. C'est ce que nous avons voulu faire, ne nous dissimulant pas la difficulté même de notre essai, d'autant que notre peu de connaissance de la langue de Gœthe nous interdisait l'étude approfondie des maîtres allemands. Ce nous est une raison de plus de réclamer l'indulgence, due suivant l'auteur des Caractères à ceux qu'une impérieuse nécessité amène à écrire, du lecteur qu'attirerait le titre de cet ouvrage, pour excuser toute l'imperfection du travail qu'il pense y trouver.

Huit chapitres diviseront notre étude :

I. — Historique.

II. — Définition. — Classification.

III.— Étiologie. — Anatomie pathologique.

IV. — Pathogénie.

V. — Observations rangées par séries.

VI. — Symptômes. — Marche. — Diagnostic.

VII. — Traitement.

VIII. — Conclusions.

# CHAPITRE I

## HISTORIQUE

L'histoire des tumeurs bilatérales et des tumeurs solides de l'ovaire en général ne remonte guère à des temps reculés. C'est à l'illustre Morgagni que nous devons de connaître sur cette question les idées peu avancées du siècle dernier, qu'il résume dans son chapitre *de sedibus et causis morborum per anatomen indugatis*. Il y distingue les « tumeurs creuses et tumeurs pleines ». Mais ce sont de pures constatations d'autopsies. Il faut arriver à la période de 1823 à 1850 pour trouver quelques données éparses sur leurs caractères cliniques.

Ce n'est qu'après les premiers succès de l'ovariotomie qu'éclosent des travaux où l'on puise d'utiles renseignements. Ce sont en France les écrits de Broca, Cruveilhier, Malassez ; à l'étranger les études de Waldeyer et de Léopold dans *les Archives de Gynécologie allemande*, *la Pathologie des tumeurs* de Virchow, puis la deuxième édition du *Traité des maladies des femmes* de Spencer Wells parue en 1872.

En 1875, la thèse de Ziembicki, où se trouvent colli-

gées plusieurs observations de tumeurs bilatérales, constitue le premier travail d'ensemble sur la question des tumeurs solides. Elle ouvre l'ère de la période contemporaine où les interventions heureuses vont se multipliant et amènent sans cesse d'intéressantes découvertes. Grâce aux progrès techniques et aux connaissances plus approfondies de l'histologie, surgissent un nombre considérable d'ouvrages ou de communications. Après le livre de Spencer Wells sur les tumeurs de l'ovaire (1882) qui traduit l'expérience de l'auteur basée sur 1.200 ovariotomies, après les traités de Lawson-Tait, de Martin (1889), nous trouvons les thèses de Bœhm, Stander, Greifswald, etc., en Allemagne ; de Castelnau (Montpellier, 1890), Ladouce, Larnaudie (Montpellier, 1891), Bourgoin, Lallemand, Dubois (1898), Testé et Codet-Boisse (Bordeaux, 1903), Coudert, Massabuau (Montpellier, 1906), Beuzart, 1907, Eudes, Dreyfus.... Encore est-il impossible de citer tous les articles parus dans des revues importantes. Indiquons seulement le mémoire de Dartigues dans *la Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale de* 1899 ; l'article de Segond dans *le Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, celui de Cornil dans *le Journal des connaissances médicales ; le Traité de Gynécologie* de Labadie-Lagrave et Legueu et celui du professeur Pozzi (4e édit., 1907) ; le rapport de Mériel au Congrès de Toulouse en 1910.

Parmi tous ces travaux, les tumeurs solides bilatérales ne nous ont paru faire l'objet proprement dit

que de deux courtes monographies : la thèse de Marie Dobratvorsky et la thèse de Gascheau en 1903. La thèse de Dreyfus, quelques années plus tard, a fourni un utile complément en ce qui concerne les tumeurs malignes.

Nous croyons cependant qu'une étude d'ensemble sur la question des tumeurs solides bilatérales de l'ovaire ne serait pas sans quelque intérêt, en précisant les données acquises sur un sujet dont l'importance semble chaque jour plus marquée.

## CHAPITRE II

### DÉFINITION ET CLASSIFICATION

Depuis le jour où Ziembicki définissait sous le nom de tumeurs solides de l'ovaire « toutes celles qui après ponction restent irréductibles en totalité ou en partie », les travaux d'anatomie pathologique ont cherché à apporter à ce terme une valeur plus précise. Cependant, il est difficile encore à l'heure actuelle de donner des tumeurs solides une définition intangible et une division méthodique qui puisse servir de base à une étude nettement délimitée. Celle de Ziembicki, trop élastique, risque de confondre kystes multiloculaires à parois épaisses et tumeurs solides. D'autre part, il n'existe pas de barrière infranchissable entre celles-ci et les tumeurs proprement liquides, et entre les genres extrêmes se trouve un terrain mixte où évoluent un nombre important de néoplasmes participant des caractères fondamentaux des deux formes.

Cliniquement les différences ne sont pas plus appréciables, tellement la symptomatologie et l'évolution des diverses variétés présentent de points de rapprochement. Ainsi, ne correspondant ni à des

types anatomiques ni à des entités cliniques bien définies, l'expression tumeur solide de l'ovaire ne saurait avoir de sens absolument exact. Il y a un tel mélange des aspects extérieurs et des structures histologiques, une si complète similitude des formes cliniques que la confusion qui en résulte rend impossible toute délimitation nette entre tumeurs liquides et solides.

A titre purement conventionnel, on peut cependant conserver l'expression de tumeurs solides pour désigner tout ce qui n'est pas franchement kystique. Ainsi notre définition se rapprocherait-elle de celle de Larnaudie qui considérait comme telle : « toute masse ovarienne, de formation nouvelle, composée exclusivement de parties solides ou dans laquelle ces parties sont en excès » sans préjuger de la nature histologique, de l'origine et de l'évolution clinique. Notre sujet ainsi limité par cette définition, il nous sera plus aisé d'indiquer les diverses variétés de tumeurs solides. Il va de soi que le caractère de bilatéralité que nous leur adjoignons dans ce travail ne change rien aux classifications que nous devons établir ; il ne fait qu'en restreindre légèrement le champ : certaines formes de tumeurs en effet, déjà rarement développées sur un seul ovaire, ne sont, à notre connaissance, jamais signalées comme bilatérales, tels les hypernéphromes ovariens, les tératomes thyroïdiens..., etc.

Disons d'ailleurs que si l'on tient compte de la combinaison souvent inexplicable des types cellu-

laires différents, et des erreurs d'interprétation qu'amène l'extrême complexité des formes histologiques, les classifications actuelles sont sans doute sujettes à revision.

Quoi qu'il en soit, les tumeurs peuvent se diviser en trois grandes espèces : 1° les premières, développées soit aux dépens des tissus propres de l'ovaire, soit aux dépens des autres tissus de cet organe : *tumeurs homotopiques ;* 2° les secondes provenant d'inclusion de tissus n'ayant aucun rapport avec celui de l'ovaire : *tumeurs hétérotopiques ;* 3° d'autres enfin, dont on peut rassembler aujourd'hui de nombreuses observations, ayant pris naissance secondairement à une tumeur de même nature préexistant sur un viscère ou un autre organe : *tumeurs secondaires.*

## I. — Tumeurs homotopiques

Ce sont les plus nombreuses. Nous les rangerons en deux classes : tumeurs de nature conjonctive, tumeurs de nature épithéliale.

*A la série conjonctive* appartiennent des formes bénignes et des formes à caractère malin : fibrome, fibro-myome, myome d'une part ; d'autre part, sarcomes, myxomes, endothéliomes, périthéliomes, hémo-lymphangiomes, et des formes complexes : fibro-sarcomes, fibro-myxomes, fibro-chondro-sarcomes, myxo-sarcomes..., résultat d'association d'éléments néoplasiques fondamentaux aux caractères desquels ils participent.

*Au type épithélial* se rattachent des tumeurs bénignes : kyste papillaire ou végétant, papillomes ; des formes malignes primitives : carcinomes solides proprement dits ; carcinomes kystiques, qu'ils proviennent d'un kyste simple ou d'un kyste végétant papillaire.

### II. — Tumeurs hétérotopiques

Ici se placent des néoplasmes formés de plusieurs tissus différents qui se développent indépendamment les uns les autres, sans présenter une disposition anatomique normale. Ce sont les *tumeurs mixtes :* embryomes intra-ovariens, tératomes. Elles constituent quelquefois nettement des kystes, mais aussi très souvent des masses solides associées à quelques kystes ordinairement peu volumineux, ou enfin des tumeurs solides proprement dites. Parce qu'elles contiennent tous les feuillets embryonnaires à un stade plus ou moins avancé, ce sont des tumeurs embryoïdes.

### III. — Tumeurs secondaires

Ce sont des tumeurs épithéliales, le plus souvent secondaires à un cancer de l'estomac, ou de l'intestin, ou du sein, ou de la glande thyroïde. On en a signalé qui paraissaient s'être développées secondairement à un cancer de l'utérus et des voies biliaires.

Nous résumons dans le schéma suivant cette division méthodique que nous allons suivre pour entreprendre l'étude des caractères histologiques de chaque vérité de ces néoplasmes bilatéraux.

## I. — Tumeurs homotopiques

### a) *Tumeurs conjonctives*

- **I. — Bénignes**
  - Fibrome — Formes simples
  - Myome — Formes simples
  - Fibromyome ..... — Formes simples
- **II. — Malignes**
  - Fibrosarcome — Formes complexes
  - Fibromyxome — Formes complexes
  - Fibrochondrosarcome — Formes complexes
  - Myxosarcome ..... — Formes complexes
  - Sarcomes — Formes simples
  - Myxomes — Formes simples
  - Endothéliome et périthéliome — Formes simples
  - Hémolymphangiome — Formes simples

### b) *Tumeurs épithéliales*

- **I. — Bénignes**
  - Papillomes.
  - Kyste papillaire ou végétant
- **II. — Malignes**
  - Carcinomes solides proprement dits
    - Encéphaloïdes — Formes intermédiaires
    - Squerrheux — Formes intermédiaires
  - Carcinomes kystiques

### II. — Tumeurs hétérotopiques

Teratomes.
Embryomes (kystes dermoïdes dégénérés).

### III. — Tumeurs secondaires

Secondaires à :
- Cancer de l'estomac et intestins
- — de l'utérus
- — du sein
- — de la thyroïde
- — des voies biliaires

## CHAPITRE III

### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Avant d'aborder la question de la nature intime des tumeurs solides bilatérales et de leur histogenèse, il nous paraît bon de consacrer quelques lignes à des considérations générales relatives à leur étiologie, qui dans un tableau d'ensemble semblent devoir être d'un plus grand intérêt.

L'une des questions autrefois les plus discutées se rapportait à la *fréquence* des tumeurs solides en regard des kystes. Malgré l'avis de Spencer Wells et de Léopold qui les disaient rares, des recherches plus récentes en ont singulièrement accru le nombre. Évaluée à 7 o/o d'après les travaux de Martin, Terrier, Tédenat, la proportion n'a fait qu'augmenter dans les statistiques des dernières années et les auteurs tant français qu'étrangers, Olshausen, Orloff, Nikoladoni, Kelly, etc., en portent le pourcentage à 15-20 o/o des tumeurs ovariques observées. C'est aussi la proportion de Norris qui, sur 63 cas, en compte 10 solides, soit 16 o/o. Sans doute une telle différence vient-elle de ce que les premiers chirur-

giens rangeaient à tort dans la classe des kystes des tumeurs en grande partie solides.

Ces données permettent d'assigner aux tumeurs solides une assez notable fréquence et de leur accorder toute l'importance qu'elles méritent. Celle-ci subsiste tout entière quand on les étudie en tant que tumeurs bilatérales.

On sait déjà combien souvent, dans les kystes simples, les lésions atteignent les deux ovaires. Ce fait, bien que passé sous silence par beaucoup d'auteurs, se retrouve chez les tumeurs solides avec une fréquence qui mérite d'être soulignée. Voici ce que nous enseigne à ce sujet l'étude de quelques statistiques.

Dans les 38 observations citées par Ziembicki, trois fois les tumeurs sont bilatérales; vingt fois de même sur les 55 cas de Léopold, soit 36 o/o. La statistique de West maintient ces chiffres, puisqu'elle réunit 26 lésions des deux ovaires sur 80 tumeurs solides. Larnaudie, parmi les 114 observations de sa thèse, remarque que la bilatéralité fut relevée dix-huit fois, liée d'ailleurs le plus souvent à des tumeurs malignes. Par contre la thèse de Gascheau en 1903 qui réunit 25 cas de tumeurs solides dont un tiers sont des fibromes,ne comporte qu'un cas de tumeur bilatérale ; mais isolément elle ne peut être prise en considération.

Du total de ces observations prises au hasard et à des auteurs différents, on peut déduire un ensemble

de 68 tumeurs bilatérales, soit 20 o/o sur 312 cas décrits.

Ce pourcentage demeure bien au-dessous de la vérité, dès que l'on met en ligne de compte, tumeurs végétantes et papillomes. Dans 75 o/o des cas, en effet, ceux-ci se présentent comme bilatéraux.Est-ce souvent parce que le petit bassin est envahi, recouvert de végétations papillaires et que dans ce cas la greffe se transporte sur l'ovaire opposé?

La *fréquence de la bilatéralité*, d'ailleurs, varie suivant la variété anatomique considérée :

Elle est particulièrement marquée pour le cancer, qu'on entende sous ce nom les carcinomes ou les sarcomes.

Zangemeister sur 39 sarcomes opérés à la clinique de Czerny en signale 10 portant sur les deux côtés, soit 25,5 o/o.

Même proportion de Larnaudie qui cite 8 cas de tumeurs doubles sur 40 sarcomes proprement dits.

Dans les 120 cas de tumeurs malignes de l'ovaire réunis par Dreyfus dans sa thèse, on en compte 37 bilatérales, soit plus de 30 o/o. Et sur ce total 16 étaient des sarcomes. D'où l'auteur conclut qu'on peut considérer que dans plus de 26 o/o des cas le sarcome est bilatéral. Ce résultat s'accorde avec les statistiques précédentes.

En ce qui concerne épithéliomes ou carcinomes, cette fréquence s'élève d'après Dreyfus,à 43 o/o. C'est à peu près la proportion que l'on retrouve dans le

travail de Larnaudie où de 8 épithéliomes et carcinomes 2 sont décrits comme bilatéraux.

Il est vrai que ces sortes de tumeurs malignes sont, d'après les écrits de Schrœder, de Stander, de Cohn et autres auteurs particulièrement documentés sur la question, les plus fréquentes parmi les tumeurs des ovaires.

Cependant, dans les tumeurs réputées plus rares, la proportion de la bilatéralité est suffisamment accusée :

L'ensemble des 55 cas de Léopold se décompose comme suit :

Treize fibromes sur 35 tumeurs unilatérales ;

Trois fibromes sur 20 tumeurs bilatérales.

C'est un taux semblable que donnent les 6 tumeurs bilatérales relevées parmi les 29 observations de fibromes de la thèse de Lallemand, soit 20 o/o, proportion diminuée de moitié dans la statistique de Larnaudie.

Nous-mêmes, sur 65 cas environ de tumeurs bilatérales solides primitives que nous avons consignés dans ce travail, nous remarquons treize fois qu'il s'agit de fibromes ou de fibro-myomes, dix-huit fois de sarcomes (mis à part les fibro-sarcomes) et trente fois de tumeurs épithéliales.

Ces quelques chiffres suffisent pour frapper l'attention de cette anomalie dans l'histoire des tumeurs et en particulier du cancer, à savoir que de tous les organes doubles les ovaires paraissent être les seuls

ou du moins les plus fréquemment atteints à la fois par le processus néoplasique.

Des recherches consciencieuses que nous avons entreprises à ce propos dans les travaux de ces dernières années, concernant les tumeurs bilatérales des seins, des reins et des capsules surrénales, des amygdales, des poumons, des testicules., etc. ; il nous a été impossible d'établir une statistique d'ensemble, seul le cancer double primitif ou successif de la mamelle paraît avoir été mieux étudié et plus souvent signalé. Notre maître, M. Danel, a d'autre part consigné dans sa thèse de 1899 un certain nombre de tumeurs bilatérales des trompes de Fallope, et Doran, dans le *Journal of obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, en 1904, en a rassemblé 60 cas. Hormis ces deux organes, c'est à peine si l'on retrouve quelques faits isolés de tumeur double des reins, -tel le cas de cancer bilatéral rapporté par Leclercq et Gautier à la Société nationale de Lyon le 1er février 1909. Tel encore le cas d'adénomes des reins publié par Herhold dans les *Archiv für Klinische chirurg.*, 1909. A la Société royale de Médecine de Londres, Horne a présenté le 4 décembre 1908 un cas d'épithélioma des amygdales et un autre de papillome des amygdales.

Au Congrès de Cologne, en septembre 1908, Zacharias attirait l'attention sur un cas de dégénérescence sarcomateuse des deux testicules chez un pseudo-hermaphrodite.

Cette pénurie de travaux souligne la rareté très grande de ces tumeurs et nous fait mieux toucher du

doigt l'importance de cette constatation qui contraste si fort avec la fréquence relative des tumeurs solides bilatérales ovariennes mise en relief ci-dessus.

Nous verrons plus loin quelles considérations elle soulève au chapitre de la pathogénie.

*Influence de l'âge.* — Tous les auteurs sont unanimes à remarquer l'influence exercée par l'âge sur la production des tumeurs solides de l'ovaire.

Ziembicki faisait déjà noter que, parmi les 34 cas cités pas Léopold, 18 appartiennent à des malades n'ayant pas dépassé vingt-cinq ans. Lui-même, sur 38 observations, trouve 15 malades âgés de moins de vingt-cinq ans. Il conclut que les tumeurs solides de l'ovaire se développent de préférence dans les premières années fonctionnelles de la femme.

En général, actuellement, on peut dire que ces tumeurs se rencontrent pendant la période active de la vie génitale. C'est cette donnée que confirme l'examen de nos observations, où, sur 55 cas dans lesquels l'âge des malades est indiqué, quarante fois les tumeurs avaient été constatées entre vingt-cinq et cinquante ans.

Ce qui est plus intéressant, c'est de connaître la fréquence maxima de ces néoplasmes. Or, elle varie suivant les observateurs et suivant la nature propre de chaque espèce envisagée.

*Les fibromes*, d'après Ziembicki, se rencontreraient à un âge le plus souvent avancé, puisque, ses observations de fibromes portent sur des femmes, dans

la grande majorité, de trente et un à cinquante ans. Il pense qu'après trente ans les fibromes se voient dans la proportion des 3/5 des tumeurs solides de l'ovaire.

Testé, moins catégorique, les situe généralement à tous les âges, mais exceptionnellement dans l'enfance et dans l'âge avancé.

Léopold signale 13 cas survenus chez des femmes de cinq à trente ans et 4 seulement de trente à quarante ans.

Sur les 20 cas recueillis par Dartigues, on trouve une moyenne d'âge plus avancé et on remarque une répartition à peu près égale sur un espace de trente années à partir de vingt ans.

Lallemand, sur 24 cas de tumeurs fibreuses où l'âge est indiqué, donne une proportion de 11 malades entre trente-cinq et cinquante ans et 3 seulement entre vingt et vingt-six ans. Terrier en avait extirpé par laparotomie chez une personne de soixante-dix-sept ans.

Dans les 25 observations de Codet-Boisse, 17 ont trait à des femmes de trente-cinq à cinquante ans, aucune avant vingt ans.

Il en est de même pour les cas de Jouin ; et Marie Dobratvorsky en a observé 2 de trente-quatre et quarante ans dans le service de M. Segond.

Malgré l'apparente diversité des auteurs, il nous semble pouvoir conclure que, en général, les fibromes de l'ovaire se manifestent avec une particulière

fréquence dans la seconde portion de la vie sexuelle active, entre trente-cinq et cinquante ans.

C'est aussi ce qu'il faut dire des fibromes dégénérés et devenus sarcomateux, comme cela ressort de la thèse de Beuzart où tous les cas évoluent entre trente-six et cinquante-quatre ans.

Dans nos observations de fibromes et fibromyomes, nous en remarquons 7 entre trente-cinq et cinquante ans sur un total de 11 cas où l'âge a pu être retrouvé. Aucune ne se rapporte au jeune âge.

Sans doute s'agit-il du moment où la malade vient se présenter à son médecin, et ces tumeurs peuvent elles, comme certains le voudraient, avoir débuté dans son âge plus précoce. Mais il est difficile de fonder sur cette hypothèse des données sérieuses et il faut nous en tenir au simple fait des observations.

*Les sarcomes* s'observent à tous les âges : on en a rencontré chez des enfants, ainsi qu'en font foi l'observation de Page (*the Lancet*, 1895) et une autre de Mac Burney et même chez des fœtus. Mais leur maximum paraît correspondre à une période de 20 à 55 cas.

Dartigues sur 20 cas en a rencontré 2 à moins de vingt ans : 5 (soit 25 o/o) de vingt à trente ans ; 4 de trente à quarante ; 7 ( soit 35 o/o) de quarante à cinquante ; un seul à soixante.

Une statistique D'Olshausen comportant 37 cas, donne un maximum entre trente et quarante ans.

Parmi les 120 observations recueillies ou observées par Dreyfus-Brissac dans sa thèse, l'auteur

relève deux acmés où ces tumeurs sont le plus souvent signalées : sur 60 cas de sarcomes disséminés de zéro à soixante-cinq ans, c'est en effet entre quinze et vingt-cinq ans, et entre quarante et cinquante ans que se placent deux points optima marquant la plus forte proportion de tout l'ensemble.

Ce sont des faits à peu près identiques qu'il signale dans l'étude des endothéliomes ou des *tumeurs épithéliales*. Dans un tableau qui groupe 6 endothéliomes, 49 sarcomes ou tumeurs épithéliales malignes, 5 tumeurs végétantes, Dreyfus met en relief deux proportions maxima correspondant aux mêmes périodes : établissement de la fonction physiologique d'une part, ménopause d'autre part.

Chez l'enfant le maximum se groupe autour de la quinzième année : ce sont les résultats d'une statistique de Donhauser qui groupe 65 cas de tumeurs malignes du jeune âge. Ils corroborent les données précédentes.

Voici, résumé dans un tableau d'ensemble, l'âge de nos observations de tumeurs bilatérales. On verra que les proportions maxima signalées dans l'apparition des tumeurs solides en général se retrouvent exactement dans les tumeurs solides bilatérales et ce fait nous confirme qu'il y a là, mieux qu'une déduction d'un rapprochement artificiel, mais une caractéristique dans le développement des néoplasmes de l'ovaire.

| Age | Fibrome | Fibrosarcome | Sarcome | Endothéliome | Epithéliome Carcinome | T vegetantis | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0-5 | | | | | | | |
| 5-10 | | | | | | | |
| 10-15 | | | | | 1 | | 1 |
| 15-20 | | | 3 | | 1 | | 4 |
| 20-25 | | | 1 | | 2 | 1 | 4 |
| 25-30 | | 1 | 2 | 1 | 2 | | 6 |
| 30-35 | 1 | | 2 | | 1 | 2 | 6 |
| 35-40 | 3 | | | | 4 | 2 | 9 |
| 40-45 | 1 | | 1 | 2 | 5 | 1 | 10 |
| 45-50 | 2 | 1 | 1 | | 5 | 3 | 12 |
| 50-55 | | | | | 2 | | 2 |
| 55-60 | 1 | | 1 | | | | 2 |
| 60-65 | 1 | | | | | | 1 |
| 65-70 | | | | | | | |
| 70-75 | 1 | | | | | | 1 |
| 75-80 | 1 | | | | | | 1 |
| | | | | | | | 57 |

*Causes favorisantes.* — Nous serons bref sur ces causes que signalent tous les auteurs.

Ce sont d'abord certaines *anomalies du système génital* qui prédisposent l'ovaire à devenir siège de tumeurs. Témoin cette observation de Croom dans *Clinical society transactions*, 1888, d'une enfant de sept ans dont la précocité génitale était déjà très accentuée et qui, à la suite de viols répétés, vit apparaître simultanément ses premières règles et un néoplasme ovarien. Témoin encore ce cas de Gaudier (de Lille) qui opéra d'une tumeur ovarienne une enfant de trois ans, réglée, pourvue de poils pubiens très développés et de seins de femme. Après l'inter-

vention, dans les deux cas les signes extérieurs de la puberté régressèrent, et il s'établit même une dystrophie assez marquée. Nous rapportons dans notre observation XXVI un cas de tumeur bilatérale coïncidant avec un pseudo-hermaphrodisme.

Peut-être dans ces cas, les deux facteurs, apparition de la précocité génitale d'une part et développement du néoplasme d'autre part, ont-ils une action réciproque l'un vis-à-vis de l'autre.

Signalons d'un mot les *altérations pathologiques* des ovaires comme conditions favorables de l'établissement de tumeurs : celle-ci ont été précédées souvent de douleurs menstruelles, de salpingite, d'infections anciennes, toutes causes d'irritation qui entrent, on le sait, dans l'étiologie générale du cancer.

La puerpéralité ne nous paraît pas avoir d'influence bien nette. Nos observations ont rapport à des célibataires tout autant qu'à des femmes ayant eu d'assez nombreuses grossesses.

# ANATOMIE PATHOLOGIQUE

## TUMEURS HOMOTOPIQUES

### Tumeurs conjonctives

#### *Tumeurs bénignes*

*Fibromes.* — Nous avons vu qu'ils s'observent avec une fréquence moindre que d'autres tumeurs de l'ovaire, les carcinomes et les sarcomes en particulier. Martin sur 527 opérations pour tumeurs ovariques n'en a rencontré que 10; Pfannenstiel, Kelly, etc., admettent cette proportion. Spencer Wells émet l'avis qu'ils ne représentent guère que 1 à 2 o/o des néoplasmes solides.

Par ce fait même leur rôle semble moins apparent dans l'étude des tumeurs bilatérales. Pourtant, nous l'avons dit, le pourcentage des fibromes doubles nous a paru s'élever à 10 o/o à peu près des fibromes observés.

Quelques auteurs après Picqué en ont mis en doute l'existence, prétextant qu'on avait confondu fibrome et fibro-myome. S'il est vrai que la pré-

sence de ce dernier est réellement plus fréquente, l'existence de fibromes purs n'en est pas moins incontestable et n'est pas absolument rare (2 à 3 o/o). Nous en avons des exemples indéniables (obs. III, XI, XII).

On a décrit des observations de myomes purs mais ils sont plus exceptionnels encore.

Ces tumeurs, on le sait, s'observent à toutes les périodes de la vie sexuelle de vingt-cinq à cinquante ans, mais surtout dans l'âge moyen et aux environs de la ménopause.

Leurs dimensions, du volume d'un œuf de poule à celui d'une tête d'enfant et même d'adulte, varierait suivant l'origine folliculaire ou l'origine aux dépens du stroma conjonctif. C'est l'avis de certains auteurs. Borremans a rapporté le cas de deux fibromes pesant ensemble 6 kilos (obs. IX). Quand il s'agit de fibromes purs, le volume est d'ordinaire plus réduit pour augmenter rapidement lors de l'évolution sarcomateuse.

Ce sont des tumeurs piriformes, ovoïdes ou réniformes, de surface généralement bosselée, plus même que celle des sarcomes suivant Beuzart, mais lisse, de coloration blanc-jaunâtre, quelquefois rouge vif et violacée en certains points (obs. III). La consistance est ferme et résistante, mais on peut rencontrer en leur centre de petites cavités remplies de liquide louche et quelquefois sanguinolent, traces de follicules de Graaf dilatés ou foyers d'ectasies lymphatiques, de nécrobiose ou de désintégration.

Le pédicule semble le plus souvent assez allongé pour que l'extraction soit facile; il peut présenter des phénomènes de torsion avec péritonisme (obs. XIII). Suivant Guibé (*Semaine gynécologique*, 1909) la fréquence de cette torsion, plus grande d'ailleurs qu'on ne le croit dans l'ensemble des tumeurs solides, se rencontre particulièrement dans les cas de fibromes.

On a signalé la coexistence de fibromes multiples dans les ligaments larges et sur l'utérus.

Malgré les dires de Dartigues et Picqué, les fibromes s'accompagnent assez souvent d'ascite. Cet épanchement ascitique, d'aspect citrin, rarement hémorragique, est plus remarquablement abondant quand les tumeurs sont bilatérales, peut-être parce que l'irritation péritonéale est plus marquée, et il s'accompagne facilement d'œdème et de collection pleurale. Ceci se produit surtout quand les tumeurs accroissent brusquement leur volume ; fait qui pourrait être d'ailleurs, d'après Beuzart, un assez bon signe de dégénérescence sarcomateuse.

Anatomiquement, les fibromes de l'ovaire diffèrent des fibromes utérins par ce fait qu'ils ne sont pas entourés d'une coque conjonctive qui les sépare du tissu environnant, tel un îlot au sein du tissu de l'organe. S'il en est qui se présentent sous forme de néoplasmes circonscrits, tel le cas que cite Porget (de Montpellier) en 1910, en général ces fibromes sont une dégénérescence fibreuse totale de l'organe, une hypertrophie en masse de celui-ci.

Dans aucune de nos observations l'ovaire ne paraît avoir subsisté.

Les foyers de ramollissement dont nous avons parlé peuvent aboutir à une véritable transformation kystique (obs. I, X) ; quelquefois il se produit un processus de calcification capable d'atteindre toute la tumeur, ou même d'ossification.

### *Tumeurs malignes*

*Fibro-sarcomes.* — Dans une thèse récente, Beuzart a insisté sur la transformation sarcomateuse des fibromes de l'ovaire.

Dans la presque totalité des cas, *l'aspect* est celui du fibrome, à moins que la dégénérescence ne soit tellement avancée que la tumeur ne soit complètement devenue sarcome. La *consistance* en est généralement très dure. Lorsqu'ils sont volumineux, et c'est le cas ordinaire, les fibro-sarcomes se développent dans la cavité abdominale où ils baignent dans le liquide ascitique, reliés au ligament large par un pédicule plus ou moins allongé, épais ou grêle, qui contient des vaisseaux. Ou bien ils tombent dans le Douglas s'accolant à la paroi postérieure de l'utérus dont il est difficile de les distinguer au toucher vaginal. Rarement ils contractent des adhérences intestinales qui ne sont jamais étendues.

L'ascite est fréquente, souvent abondante.

Quelquefois les coupes montrent une belle succes-

sion des phénomènes de dégénérescence maligne : on assiste alors à l'éclosion de la cellule sarcomateuse. Mais quelquefois aussi le fibrome est complètement dégénéré en sarcome sur une grande étendue : au sein des fibrilles conjonctives sont groupées en tas plus ou moins volumineux les cellules rondes ou fusiformes caractéristiques du sarcome.

Delbet (Le Dentu et Delbet) a bien expliqué ces faits de transformation : « Les fibromes et les sarcomes appartiennent à la même série. Tous deux sont des néoplasmes conjonctifs ; l'un, le sarcome, formé de tissu embryonnaire ; l'autre, le fibrome constitué par du tissu conjonctif adulte. Entre ces deux types extrêmes, il existe toute une série d'intermédiaires. Et même dans les fibromes les plus franchement adultes, on trouve toujours au voisinage des vaisseaux principalement, des îlots embryonnaires qui sont les foyers d'accroissement. Si on étudiait isolément ces îlots, il serait absolument impossible de dire s'ils évoluent dans le sens fibreux ou dans le sens sarcomateux. On pourrait considérer les fibromes comme étant dans une sorte d'équilibre notable. Que la force évolutive mystérieuse qui réside en ces noyaux se modifie faiblement, l'équilibre sera rompu et le fibrome deviendra un sarcome. »

Ainsi conçoit-on que le fibrome, quelle que soit sa forme, a une certaine propension à subir la transformation maligne, aux mêmes âges d'ailleurs que la dégénérescence kystique ne se produit dans l'ovaire.

Cette transformation s'accomplit à la fois (obs. XVI) ou successivement sur chacun des deux ovaires. C'est peut-être une première moitié de ce stade qui se passe dans l'observation VI où l'on découvre d'une part un fibrome pur et de l'autre un fibro-sarcome.

Abadie, dans *les Bulletins de la Société anatomique* (de 1902) considère que le fibro-sarcome de l'ovaire est une affection assez rare surtout quand la tumeur est bilatérale, au point que dans sa thèse son élève Bourgoin, sur plus de 30 observations, n'en a rapporté qu'un seul cas, d'ailleurs emprunté à Fred Wiggin.

Remarquons enfin avec Beuzart que ni la précocité et les caractères de l'ascite, ni les phénomènes menstruels, ni les œdèmes, ni la forme extérieure, le volume et l'immobilité des tumeurs n'ont de valeur propre pour donner la certitude de la dégénérescence sarcomateuse.

*Sarcomes.* — De toutes les tumeurs malignes de l'ovaire, pour Mériel, ce sont les plus fréquentes. Pourtant Pozzi, qui s'appuie sur des statistiques d'auteurs allemands, Pfannenstiel et Cohn, entre autres, les déclare assez rares. De 5 o/o sur les 400 ovariotomies de Pfannenstiel, ils acquièrent une proportion de 19 o/o dans une statistique de 582 cas réunis par Stander. Larnaudie, Heine et Dreyfus portent ce pourcentage à 50 o/o, nous permettant de nous ranger à l'avis de Mériel. C'est surtout chez

l'enfant que ces chiffres s'appliquent si l'on en croit Donhauser qui estime à 55,5 o/o la fréquence des sarcomes dans les tumeurs solides du jeune âge.

Ces tumeurs sont fréquemment bilatérales, on le sait, au point qu'elles se présentent ainsi dans 26 o/o des cas d'après Dreyfus. Cette bilatéralité serait particulièrement marquée chez l'enfant et Doran a rapporté, en 1902, une observation de sarcome des deux ovaires chez un fœtus de sept mois. Nous avons dit aussi qu'elles se montrent avec une particulière fréquence aux environs de la puberté et de la ménopause.

Anatomiquement les sarcomes ressemblent beaucoup aux fibro-myomes en ce qui concerne leurs caractères macroscopiques. Tumeurs irrégulièrement bosselées, gris jaunâtre, de consistance dure et ligneuse, ils peuvent présenter des foyers de ramollissement aboutissant à une véritable transformation kystique avec contenu séreux ou sanguinolent.

On les voit acquérir des proportions énormes (obs. XV, XVII) mais d'ordinaire ils sont d'un volume moyen.

Il faut distinguer dans les sarcomes les formes mixtes, fibro-sarcomes ou sarcomes fuso-cellulaires que nous avons décrits, myxo-sarcomes, etc., et les sarcomes globo-cellulaires qui représentent à plus proprement parler le type de l'espèce (obs. XIII, XV, etc.). Ils se composent d'éléments arrondis « disposés sous forme de nappes plus ou moins étendues où l'on reconnaît cependant une orienta-

tion assez nette autour des axes vasculaires » (Pozzi). Tout à fait exceptionnellement on a signalé des sarcomes mélaniques, la forme fibro-nucléaire citée par Wilks en 1859, le rhabdo-myome et des tumeurs que Bland Sutton appelle oophoromes qui reproduisent les caractères du tissu conjonctif de l'ovaire fœtal, et qui seraient d'après lui généralement bilatérales.

Nous avons consigné un cas, déjà cité par Dreyfus et décrit par Baily et Léard (obs. XXXI) où, à côté des tissus fibro-sarcomateux, certaines parties d'une tumeur double peuvent être considérées « comme du lympho-sarcome ».

Toutes ces formes de sarcomes affectent des aspects multiples. Il s'y rencontre divers éléments tels que des myéloplaxes, des cellules géantes, des cellules épithélioïdes sur l'origine et la valeur desquelles on est loin d'être fixé, et qui rendent l'interprétation des coupes confuse et discutable.

Ils semblent, de l'avis de la plupart, résulter de la prolifération des cellules fixes du stroma ovarien dans la majorité des cas ; ils pourraient aussi se développer aux dépens des corps jaunes.

*Endothéliomes et périthéliomes.* — Ces deux mots désignent des néoplasmes, décrits entre autres par Léopold, Eckardt, Pomorski, Bruckner, Pick..., et qu'on classe d'ordinaire à côté des sarcomes. Moins fréquents et moins souvent bilatéraux que ces derniers, ils représentent pourtant un pourcentage de

4, 5 o/o parmi les 65 cas de cancers de l'ovaire recueillis par Donhauser chez l'enfant.

Les endothéliomes reconnaîtraient une double origine et proviendraient soit de l'endothélium des vaisseaux sanguins, soit de l'endothélium des fentes lymphatiques. Plusieurs, liés à des kystes dermoïdes, seraient, suivant Malherbe, des cancers de ces kystes ou des fœtomes malins.

Macroscopiquement, ce sont des tumeurs dures et lisses d'un volume variant de celui d'un œuf de poule à celui de deux têtes d'adulte (obs. XXXIII, XXXIV, XXXV), de section blanchâtre, souvent parsemées d'alvéoles qui ont tendance à se fusionner.

Sans entrer dans les discussions d'auteurs, disons seulement qu'en France avec Cornil, Letulle, Massabuau, qui se basent sur la facilité avec laquelle la cellule endothéliale réagit à l'irritation causée par la prolifération cancéreuse, en prenant la forme même de la cellule néoplasique, on met en doute l'existence de ces endothéliomes vasculaires. Et l'on tend aujourd'hui à ne les considérer que comme des épithéliomes ou des tumeurs mixtes.

Les périthéliomes, bien étudiés par Amann, résulteraient de la prolifération des éléments de la gaine conjonctive périvasculaire. L'existence en est de plus en plus contestée, et bon nombre d'auteurs pensent comme Lecène qu'il faut y voir des sarcomes à disposition périvasculaire particulièrement marquée.

Il n'est pas jusqu'au caractère de ces formes

qui ne soit discuté : avec la majorité des auteurs depuis Dartigues jusqu'à Pozzi il faut les ranger dans les tumeurs particulièrement malignes, à récidive presque fatale et extension rapide (obs. XXXIII, XXIV).

Signalons en terminant *les myxomes*, tumeurs quelquefois bilatérales comme le prouve l'observation XXXII de Potherat, mais dont la nature n'est pas nettement élucidée. Il s'agirait bien plutôt de fibromes ou sarcomes dégénérés ou de kystes gélatineux demi-solides.

On peut trouver toute une série de productions malignes complexes, sarcome caracinomateux, myxome carcinomateux, myxo-chondro-sarcomes, associations d'éléments néoplasiques divers (observation XXXI), formes bâtardes qui entremêlent les caractères de tissus fondamentaux rassemblés.

## Tumeurs épithéliales

### *Tumeurs bénignes*

Leur étude peut comprendre, à quelques exceptions près que nous indiquerons, les tumeurs végétantes. Elles sont particulièrement intéressantes à notre point de vue puisque leur bilatéralité est à peu près constante.

Elles se groupent en trois variétés :

1° Les kystes papillaires ou végétants ;

2° Les papillomes ou tumeurs végétantes sans kystes ;

3° La variété décrite par Prochaska ;

*Kystes papillaires ou végétants.* — Bien étudiés par de nombreux auteurs, ils ont fait l'objet d'un rapport de notre maître, M. le Pr Duret, au Congrès international de Bruxelles en 1902.

Ce sont des kystes multiloculaires à l'intérieur desquels se développent des papilles. La masse principale est solide en général ; ainsi semblent-ils faire la transition entre les kystes proprement dits et les tumeurs solides.

La prolifération épithéliale s'effectue du dehors en dedans, vers le centre des cavités kystiques ; il se développe ainsi de petites excroissances papillaires que se ramifient et arrivent à former d'énormes masses en chou-fleur dont la pression peut déterminer la déhiscence des parois. Elles peuvent faire issue au travers de celles-ci, à la surface de l'ovaire.

Ce mode d'origine et d'accroissement est le seul admis par Pfannenstiel, Coblenz, Éberth, Pozzi, etc., mais il semble que ces végétations parfois se développent aux dépens du revêtement même de l'ovaire.

Elles sont variables suivant les points considérés : molles et friables, saignantes en certaines parties, elles sont dures ou très vasculaires dans d'autres. Leur couleur varie du blanc au noir en passant par le rouge ; jaunâtres quand elles ont subi la dégénérescence graisseuse, elles peuvent encore être atteintes d'infiltration calcaire.

Dans 75 o/o des cas les kystes végétants sont bilatéraux. Il est vrai que dans un certain nombre d'observations on trouve d'un côté un kyste papillaire, de l'autre une tumeur végétante non kystique. Cette fréquence s'explique par ce fait que souvent tout le petit bassin est recouvert de végétations exogènes ou issues des parois et que les adhérences y aidant il se produit des greffes jusqu'à l'ovaire opposé.

L'accord n'est pas fait sur leurs caractères évolutifs.

En général bénignes, ces tumeurs peuvent cependant présenter des signes certains de malignité. Il s'agit dans ces derniers cas *de carcinomes kystiques végétants*. Ceux-ci se distinguent par leur croissance beaucoup plus rapide, par la formation de vraies métastases par voie lymphatique ou sanguine et par l'ascite considérable qui les accompagne. Sur une coupe macroscopique, on reconnaît des amas solides, blanchâtres, qui ont une structure alvéolaire. Microscopiquement on trouve, à côté des papilles, des points à structure adénomateuse, la structure d'un adéno-carcinome dans lequel, au lieu de la structure papillaire, il existe des amas épithéliaux, néoplasiques, pleins, solides. De plus, en ce qui concerne les papilles, il existe dans les carcinomes kystiques des caractères tout à fait spéciaux : polymorphie des épithéliums de revêtement, irrégularité de forme, de volume et de groupement de ces cellules épithéliales comme aussi du nombre des couches. La superposition en plusieurs couches ayant les formes les plus

variées dénote sûrement le caractère carcinomateux de la lésion. L'observation XLVI est un beau cas d'adéno-carcinome végétant au début.

*Papillomes ou tumeurs végétantes non kystiques.* — Toujours ou presque toujours bilatéraux, à cause de la contagion dont nous avons parlé.

Ici les végétations papillaires se produisent primitivement à la surface de l'ovaire, le plus souvent des deux côtés et la tumeur s'accroît. On voit à la périphérie une masse de végétations en choux-fleurs qui ressemblent aux tumeurs villeuses de la vessie.

A la coupe de la pièce, on reconnaît l'ovaire lui-même bien limité par l'albuginée, non modifié, diminué ou augmenté de volume.

Tout à côté du papillome, il faut placer une variété que décrivit le premier *Prochaska*, beaucoup plus rarement observé. L'ovaire, à peine augmenté de volume, de forme presque normale, présente une surface verruqueuse qu'on peut comparer à du papier de verre. Suivant la comparaison de Patton « l'ovaire semble enduit d'une matière visqueuse et saupoudré de sable fin ». C'est le *warty ovary* ou *papillome superficiel*.

*L'histogenèse* des tumeurs végétantes soulève des questions sur lequelles l'accord est loin d'exister. Tandis que Meckel propose la théorie de l'hydropisie folliculaire, Malassez et de Sinéty placent le processus de néoformation épithéliale au niveau de l'épithélium germinatif de la surface qui serait ainsi

le véritable tissu matriculaire du néoplasme. Waldeyer admet le rôle prépondérant des tubes de Pfügger qui par bourgeonnement donnent naissance à des tubes identiques où les cellules centrales se liquéfient ; kystes primordiaux dont la fusion forme d'énormes cavités. La végétation des parois produit les saillies papillaires. Cette dernière théorie est celle qu'acceptent la plupart des auteurs.

### *Tumeurs malignes*

Nous n'aurons en vue dans les lignes suivantes que les tumeurs primitives. Ce sont les épithéliomes, ou carcinomes solides proprement dits et les carcinomes kystiques. Ils forment une des classes les plus fréquentes des tumeurs malignes des ovaires, et représentent 40 o/o des statistiques de celles-ci dans les ouvrages de Léopold, Olshausen et Dreyfus. Le fait que la plupart de nos observations personnelles, recueillies sur un espace de dix ans dans un important service de gynécologie se rapportent à ce genre de tumeurs, suffit à confirmer de telles données.

La bilatéralité est fréquente, et Dreyfus n'en admet pas l'existence à moins de 43 o/o des cas.

Elles peuvent apparaître à tous les âges de la vie génitale, se montrer même avant la puberté (obs. LIV) mais surtout entre quarante et cinquante ans.

D'après leur origine, on les divise en deux classes :

a) *Les carcinomes kystiques.*— Ils se forment aux dépens soit d'un kyste simple dégénéré, soit d'un kyste papillaire. Ils rentrent ainsi dans la classe des kystes végétants que nous avons précédemment décrits. Il y a le plus souvent une grande ressemblance avec les tumeurs végétantes bénignes.

Il arrive bien des fois, en particulier dans le cas de tumeurs polykystiques, que les points à structure néoplasique sont rares, et que seule l'autopsie fait découvrir l'existence de métastases ganglionnaires, preuve de leur malignité.

b) *Les carcinomes solides.* — Ce sont les plus rares. Ils constituent des tumeurs assez souvent bilatérales, généralement volumineuses, lobulées. De consistances ferme, elles présentent en certains points des foyers de ramollissement ou des traces fréquentes d'infarctus brunâtres. Elles sont d'ordinaire libres et bien pédiculées, mais on les voit assez souvent envahir les organes voisins, y adhérer et tendre à la généralisation.

Suivant leur résistance, les histologistes les rangent en carcinomes encéphaloïdes et en carcinomes squirrheux; il y a de multiples formes intermédiaires.

Histologiquement, les éléments carcinomateux infiltrent la tumeur d'une manière diffuse, constituant le carcinome médullaire des anciens auteurs (obs. LIV, LVII).

Pozzi distingue une forme alvéolaire (obs. LXIII) où l'on trouve, noyées dans un stroma conjonctif, généralement deux des formations épithéliales lobulées,

affectant parfois la disposition de cavités tapissées par un épithélium polymorphe pluristratifié.

Certains auteurs ont pensé que ces tumeurs dérivent de l'épithélium folliculaire : il s'agirait de « folliculome malin ». Pozzi n'admet cette opinion que comme une hypothèse non étayée de preuves histologiques indiscutables. Pour lui, le point de départ habituel de ces néoplasmes serait l'épithélium germinatif. La question doit sans doute être remise en jeu. Lecène, après Fischel, se fondant sur la morphologie des éléments épithéliaux, voudrait voir dans les épithéliomas ovariens des inclusions de débris wolfiens, des « enclavomes » pour employer le terme de Chevassu.

---

## II. — TUMEURS HÉTÉROTOPIQUES

Nous n'envisagerons que la grande série des tumeurs mixtes qui comprennent les embryoïdes.

Ce sont des néoplasmes formés par plusieurs tissus différents qui se développent indépendamment les uns des autres sans présenter une disposition anatomique normale.

A la suite d'auteurs récents, nous pourrions y faire entrer les *embryomes kistiques*, appelés naguère kystes dermoïdes, où les dérivés des feuillets embryonnaires sont reconnaissables au microscope. Mais à moins qu'ils n'aient subi des dégénérescences qui

permettent de les classer nettement parmi les tumeurs solides, ne serait-il pas plus conforme à leurs caractères microscopiques de les ranger comme le font Pozzi, Labadie-Lagrave, Legueu..., dans l'étude des kystes vrais.

Ces dégénérescences sont de trois types : épithéliale, sarcomateuse et la dégénérescence spéciale des endothéliums vasculaires. Elles ont été bien étudiées par Debuchy dans sa thèse de 1899.

La transformation maligne se fait d'abord à l'intérieur du kyste jusqu'à ce que les cellules cancéreuses se frayent un chemin à travers la paroi pour venir former à la surface externe de véritables végétations en chou-fleur. Dès lors, la généralisation va pouvoir s'effectuer de proche en proche, ou plus rarement par voie lymphatique.

La bilatéralité de ces tumeurs, loin de constituer une exception, serait pour Lœwy et Guéniot d'une fréquence assez grande, environ 10 o/o des cas pour Lebert et 20 o/o d'après la statistique de Pauly.

Les *tératomes* ont nettement leur place ici à titre de tumeurs solides.

Beaucoup plus rares que les embryomes kystiques, ils se présentent sous forme de tumeurs arrondies, à surface lisse ou bosselée, pouvant atteindre la dimension d'une tête d'adulte. Ils contractent facilement des adhérences. Les organes embryonnaires y sont parfaitement reconnaissables à l'œil nu (mâchoire, dents, îlots cartilagineux, os). On y trouve presque toujours des kystes plus volumineux

contenant de la substance visqueuse ou de la matière sébacée mélangée à des poils. On retrouve souvent l'ovaire, aplati et étalé en un point superficiel de la tumeur.

Les embryomes solides sont susceptibles de dégénérescences malignes dans les éléments qui les constituent, et y sont prédisposés « par l'hétérotopie, par l'anomalie de leur formation et les conditions biologiques dans lesquelles ils vivent.

Cette évolution néoplasique aboutit le plus souvent à l'épithéliome pavimenteux ; on observe également des cancers conjonctifs, sarcomes, endothéliomes, périthéliomes, myxomes, etc... Le tératome se comporte alors comme l'organisme où un seul tissu évolue en cancer, mais il peut arriver que le cancer soit, comme la tumeur primitive, composé de plusieurs tissus.

C'est à ce processus que se rattacheraient des formations chorio-épithéliomateuses, assimilables à la dégénérescence placentaire, et que certains auteurs, peu étonnés de rencontrer dans ces néoplasmes des éléments placentaires aussi bien que les autres tissus dérivés des proliférations ovulaires, désignent sous le nom de « placentome malin ». Forgue et Massabuau ont émis des doutes récemment sur la nature de ces dégénérescences où il ne faudrait voir que des aspects particuliers d'éléments épithéliaux ou conjonctifs.

Sans nous arrêter aux théories histogénétiques bien connues et tant discutées des embryomes, signa-

lons que Chevassu et quelques auteurs considèrent l'épithélium interne des tératomes comme un épithélium amniotique,ce qui impliquerait l'origine amniotique de ces masses néoplasiques.

Considérant la bilatéralité des tératomes solides, Baudoin a émis cette conception qu'il s'agirait d'un embryon transversalement placé dans l'abdomen, et ayant par exemple son crâne au point où apparaîtra l'ovaire droit et sa face au niveau du point de développement de l'ovaire gauche. Il cite en faveur de cette hypothèse une observation clinique de Vignard.

Cette opinion qui ferait regarder tératomes et embryomes comme les vestiges d'une sorte de grossesse ovarienne avortée, mérite d'être signalée.

---

### III. — TUMEURS SECONDAIRES

Krukenberg a décrit sous le nom de fibro-sarcomes muco-cellulaires carcinomateux, les identifiant aux endothéliomes de l'ovaire, des tumeurs malignes développées sur les ovaires consécutivement ou secondairement à un cancer d'un autre organe. C'est pourquoi quelques auteurs les appellent tumeurs de Krukenberg.Elles ont fait également le sujet d'études de Schlagenhaufer, et d'expériences d'Emil Krauss à Strasbourg.

Malgré leurs descriptions, l'histoire histologique

de ces néoplasmes secondaires n'est pas éclaircie. Le caractère histologique n'est pas toujours identique, ce qui tient peut-être aux modalités du cancer primitif original comme l'inscrit Mériel. Il est aussi difficile de définir nettement s'il s'agit de métastase proprement dite ou de plusieurs néoplasmes indépendants n'ayant entre eux qu'un rapport de coexistence. Schenk rapporte même un cas de fibro-sarcome muco-cellulaire carcinomateux (obs.LIX) qu'il considère comme tumeur primitive des ovaires.

Les tumeurs dites de Krukenberg peuvent être secondaires le plus souvent à un cancer de l'utérus, carcinome du col ou du corps, sans qu'il faille pour cela considérer comme secondaire toute tumeur ovarienne coexistant avec un néophasme utérin.Jayle et Bender ont publié dans *la Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* de 1903 une observation d'une tumeur primitive de l'ovaire développée à côté d'une autre tumeur primitive de l'utérus.

Elles peuvent être encore consécutives, et c'est un cas fréquent à un cancer de l'estomac en particulier les squirrhes du pylore, du foie, des voies biliaires, de l'intestin et même du sein.

La propagation dans les cancers de l'ovaire secondaires à un cancer de l'utérus, se fait par voie directe, mais aussi par infection lymphatique.

Dans les cancers secondaires à un cancer gastrique, il semble qu'on doive penser comme Goullioud à une métastase. C'est un point de pathogénie que nous étudierons en son temps,et d'autant plus intéressant

à scruter que ces tumeurs se trouvent être toujours bilatérales et fréquemment observées.

Elle se *produisent chez des femmes* jeunes aussi bien que chez des femmes d'un âge plus avancé et semblent avoir une croissance lente.

Ce sont des néoplasmes en grande partie solides, bien qu'ils puissent renfermer de gros kystes dus au ramollissement progressif du tissu myxomateux ou de petits kystes d'origine folliculaire. Ils sont remarquables par leur abondance en tissu conjonctif : ce qui justifie les dénominations de « fibro-sarcomes muco-cellulaires carcinomateux ».

## CHAPITRE IV

### PATHOGÉNIE

Le cadre de notre travail ne nous permet pas de donner en détail toutes les théories émises sur l'origine des tumeurs ovariennes. Qu'il nous suffise de résumer rapidement la question.

Rappelons d'abord les idées déjà anciennes relatives à l'*origine parasitaire* ou micro-cellulaire du cancer. Des observations ont été d'ailleurs publiées par Krassvosky et d'autres, à propos de néoplasmes de l'ovaire. Si cette théorie est admise encore par un certain nombre d'auteurs, qui n'acceptent pas sans doute la valeur pathogène des parasites jusqu'ici décrits, mais ne peuvent imaginer d'autre explication au développement des néoplasies malignes, il ressort cependant des travaux sur la question deux conclusions indiscutables : à savoir que les formes d'altérations cellulaires n'ont pas été démontrées nettement parasitaires, et peuvent recevoir une autre interprétation; d'autre part, que des preuves cliniques et expérimentales, aucune n'est démonstrative. « Les seuls faits positifs se rapportent seule-

ment au mécanisme de la greffe cellulaire » mais n'expliquent « ni la migration cellulaire caractéristique du processus cancéreux, ni la production de tissu complexe avec des groupements organiques comme dans les embryomes, ni l'absence d'infection des tissus similaires » (Ménetrier).

Restent les théories fondées sur une anomalie du développement cellulaire, et en particulier l'idée pathogénique de l'altération cellulaire préformée de Conheim. Toutes les tumeurs, selon cette théorie, tirent leur origine de cellules embryonnaires restées sans emploi chez l'adulte, engourdies au sein des tissus et reprenant par la suite sous des influences accidentelles toute leur activité formatrice qu'elles avaient conservée en puissance.

Il est certain que la *théorie de Conheim* correspond pour une part à des faits exacts et démontrés et nous paraît s'appliquer aisément aux néoplasmes dérivés des masses résiduales du corps de Wolf, qui semblent un siège de prédilection pour le développement du cancer. Mais cela ne constitue qu'une partie des cancers et pour d'autres une pareille origine est inadmissible.

Il faut en dire autant de l'*hypothèse embryogénique* de Crikmann ou de Beard pour qui le cancer est même tout un embryon, un embryon jumeau par prolifération ovulaire ou un organisme métazoaire stérile, plus ou moins différencié. C'est faire pour le cancer une application abusive de théories d'ailleurs acceptables pour la pathogénie des embryomes.

Sans remonter jusqu'à l'œuf, certains auteurs expliquent les proliférations cellulaires indéfinies du cancer en les supposant issues de fécondations cellulaires. C'était la conception de Klebs qui, ayant observé un grand nombre de figures d'inclusions leucocytiques dans les cellules cancéreuses, y avait vu le fait d'une sorte de conjugaison cellulaire. C'est encore la *théorie d'Hallion*, récemment développée, suivant laquelle le point de départ de l'évolution cancéreuse serait « une fécondation réciproque des deux cellules de même espèce au sein des tissus ».

« Par cet acte essentiellement anarchique, dit Hallion, la cellule s'affranchit des lois qui ont contenu et dirigé son développement... Révoltée, elle fera souche d'une tribu libre qui rappellera, par ses mœurs comme par son origine, les espèces cellulaires indépendantes. »

Malgré les recherches de Farmer, Moore et Walcker, ces idées ingénieuses ne s'appuient pas sur des preuves suffisantes. Cette conception paraît toutefois intéressante à bon nombre d'auteurs. Elle ne serait en tous cas point à rejeter sans examen dans l'étude des néoplasmes de l'ovaire.

Ménétrier admet la *théorie irritative* qu'il complète par sa conception de la sélection cellulaire pathologique. Pour lui, les cellules qui végètent et se reproduisent dans des conditions anormales au sein des tissus en inflammation chronique ou encore hétérotopiques, acquièrent des propriétés nouvelles de vitalité, de prolificité et tendent à s'isoler du reste

de l'organisme. Ces modifications cellulaires se produisent avec des gradations successives partant de l'hyperplasie inflammatoire, passant par l'hypertrophie adénomateuse pour aboutir à l'épithéliome infectant et atypique. Mais toutes les cellules ne possèdent pas des qualités prolifératives à un taux suffisant pour réaliser l'hyperplasie, la tumeur, le cancer. Et peut-être faut-il faire appel dans ce sens à une prédisposition organique héréditaire ou acquise et probablement à d'autres influences, telles que intervention de toxines excitatrices ou inhibitrices, internes ou exogènes. Enfin, pour expliquer la formation de races cellulaires nouvelles et sélectionnées, les procédés de multiplication parthéno-génétique lui paraissent acceptables et bien suffisants.

Quelle part de vérité renferme chacune de ses opinions ? C'est un problème sur lequel les auteurs ont trop de vues divergentes pour que nous osions nous prononcer, mais elles nous paraissent pouvoir s'appliquer toutes à des cas distincts, et de même que la conception de Conheim nous satisfait pour les tumeurs probablement nées d'inclusions embryonnaires, de même les idées de Ménétrier nous semblent acceptables, en ce qui concerne les néoplasmes développés, comme l'ont signalé maintes observations, après une longue période de troubles annexiels ou d'ovarite chronique.

Les hypothèses proposées pour expliquer les monstruosités embryoïdes ne sont d'ailleurs pas moins discutées. On connaît la *théorie du fœtus in fœtu*

où la tumeur est comme le frère jumeau du porteur. Waldeyer, se fondant sur les faits observés chez des animaux inférieurs admet que l'ovule non fécondé est pourtant capable de prolifération : c'est la *théorie parthéno-génétique*. Plus récemment, des expériences sur la grenouille ayant prouvé que par un isolement artificiel des deux ou quatre premières blastomères, on peut obtenir deux ou quatre individus complets aux dépens d'un seul œuf normalement fécondé, on a émis l'hypothèse que des blastomères persistant dans les tissus seraient le point de départ de ces tumeurs complexes puisque éventuellement elles seraient capables de former un organisme entier. C'est la *théorie blastomérique*. Bard donne cette propriété de développement à des cellules complexes de l'embryon qu'il désigne sous le nom de cellules nodales.

Nous avons noté au passage les opinions des auteurs sur l'histo-genèse des tumeurs végétantes et des épithéliomes ; nous n'y reviendrons pas.

Il nous reste à nous demander pourquoi les tumeurs de l'ovaire présentent une telle fréquence de bilatéralité. Toute notre étude anatomo-pathologique a souligné cette étrange anomalie par rapport aux néoplasmes des organes doubles. Seul le cancer bilatéral des seins, qui s'explique par la propagation, grâce aux communications lymphatiques des deux glandes, est plus souvent signalé. Pour donner raison de ces faits, deux hypothèses méritent de retenir l'attention : l'une qui ne voit dans la bilatéralité que

la coexistence de deux tumeurs identiques se développant simultanément ; l'autre qui l'explique par la contagion d'un ovaire à l'autre.

La première hypothèse, pour être reçue, exige la présence dans l'ovaire d'un élément anormal ou étranger qui sous une impulsion mystérieuse ou en relation avec l'âge de la malade et les conditions physiologiqnes de l'organe tendrait à proliférer, et suivant une prédisposition bien connue chez les cellules aberrantes, donnerait plus tard naissance à des néoplasies malignes. Ainsi agiraient des résidus embryonnaires inclus à la fois dans les deux ovaires, se développant à un moment donné de la vie génitale, chacun pour leur compte propre. Ce réveil à un développement actif serait favorisé par les poussées congestives périodiques des règles, par les proliférations cellulaires dont elles sont l'occasion : phénomènes siégeant aussi bien d'un côté que de l'autre et peut-être des deux côtés à la fois.

Outre que cette conception n'explique pas bien des faits, il faudrait pour qu'elle ait de la valeur qu'on puisse étudier les formations néoplasiques dès leurs premiers débuts. A ce stade l'examen attentif pourrait peut-être répondre à des objections créées par l'évolution et le développement différents dans chaque tumeur. En effet, il faut penser que le principe capable de produire la prolifération cellulaire a toutes chances d'agir simultanément sur les deux organes prédisposés identiquement. Les deux néoplasmes devraient donc avoir même âge. Sans doute le développement

est-il presque semblable dans quelques observations, mais combien, par contre, ne présentent-elles pas d'énorme différence entre les stades des deux néoplasmes constatés. Et dans ce cas, que devient la théorie ?

Ou bien n'y aurait-il à voir dans la bilatéralité que le simple fait du terrain, bien spécial, comme nous l'avons signalé ?

Aussi bien, la théorie de la contagion manque-t-elle également dans certains cas de base certaine. Dans sa thèse, Dreyfus avait annoncé quelques recherches expérimentales sur les animaux ; nous ne pensons pas que les conclusions en aient été publiées.

Quelques questions sont d'abord à résoudre : Comment la contagion s'effectue-t-elle ? Et pourquoi l'ovaire seul est-il atteint quand le péritoine et les organes renfermés dans sa cavité demeurent indemnes ? Pour y répondre, on a bâti plusieurs hypothèses.

Elles reposent sur cette vérité que l'ovaire présente périodiquement de petites plaies physiologiques par l'éclatement de l'ovisac. Pourquoi ne pas admettre que des éléments néoplasiques en circulation dans la cavité abdominale, transplantés par les mouvements continus des intestins et de l'épiploon iraient tomber dans la cavité produite par la ponte ovulaire ou simplement à la surface de l'organe et fixer ainsi un néoplasme nouveau dans l'ovaire opposé ?

C'est ce qui se passe pour les implantations papil-

laires des tumeurs végétantes. Ne pourrait-il se produire des phénomènes analogues dans les autres tumeurs, en particulier dans le cancer?

Il suffit pour cela que la femme soit dans sa vie génitale active : or, l'étude des âges nous l'a démontré, les tumeurs bilatérales sont en majorité contemporaines de cette période sexuelle et semblent même avoir une prédominance marquée pour les stades de la ménopause et de la puberté. Et l'on sait qu'alors particulièrement les troubles physiologiques et irritatifs sont développés à la surface de l'ovaire.

Cette conception de la contagion paraît séduisante dans la genèse des cancers secondaires, de ceux de l'estomac en particulier. Bien plutôt que de métastases par voie sanguine ou lymphatique, ne s'agirait-il pas alors de greffes apportées sur les ovaires par des cellules cancéreuses tombées de la partie supérieure de l'abdomen dans le pelvis ? C'est une hypothèse à laquelle, comme le dit Hartmann, on est tenté de se rattacher.

Au reste, des auteurs compétents ne sont pas loin de croire que dans bon nombre d'observations publiées de tumeurs primitives de l'ovaire il ne s'agissait que de néoplasmes en réalité dépendants d'une tumeur maligne inaperçue d'un autre organe.

Lockyer sur 79 cas de cancer des deux ovaires assure n'avoir trouvé que 6 cancers primitifs, et dans le reste il y avait coexistence de cancer des voies digestives ou des capsules surrénales.

Pourquoi cette prédilection des greffes pour les

ovaires? Lors d'expériences faites à Strasbourg, Emil Krauss a montré que, si l'on injecte, dans le péritoine d'une chienne, de l'encre de Chine, celle-ci pénètre spécialement dans l'ovaire. N'en serait-il pas de même des cellules cancéreuses?

On peut aussi imaginer que, de tous les organes abdominaux l'ovaire étant seul dépourvu de revêtement séreux, les réactions si marquées qui amènent la destruction de ces cellules au niveau du péritoine ne puissent s'établir à sa surface qui devient ainsi un lieu d'élection pour les greffes néoplasiques.

A la suite de ces données, Schenk et Sitzenfrey (*Zeits. für gyn. u. geb.*, 1907) ont été jusqu'à conseiller d'enlever *préventivement* les ovaires au cours des gastrectomies pour néoplasmes. Sans aller si loin, il est certain que la coïncidence si fréquente de ces divers néoplasmes, doit inciter le chirurgien à toujours examiner l'appareil génital lorsqu'il se trouve en présence d'un cancer gastrique ou réciproquement à explorer le tube digestif quand il rencontre des tumeurs malignes bilatérales de l'ovaire.

---

# CHAPITRE V

## OBSERVATIONS

### Fibromes et fibro-myomes

Observation I (Résumée). — *Fibromes des deux ovaires* (Cullingworth, *Trans. Soc. obst. Lond.*, 1879-1880). — Malade de trente-six ans, admise le 11 mars 1879 à l'hôpital Sainte-Marie à Manchester. Début il y a cinq ans par constatation d'une tumeur abdominale après la naissance d'un cinquième enfant. Deux tumeurs dans le bassin, l'une à droite assez mobile, l'autre plus grosse remplit le Douglas derrière l'utérus à qui leurs mouvements sont en partie communiqués.

Lors de l'admission, métrorragie abondante qui dure jusqu'à mi-juin. Puis irrégularités menstruelles, affaiblissement, ascite abondante suivie de pleurésie double. Dyspnée. Mort le 10 septembre.

A l'autopsie, chaque ovaire est transformé en une tumeur solide, ferme, bosselée, à surface lisse et séreuse, de section homogène et dure mais présentant de petits kystes à contenu glaireux.

Au microscope, tissu formé de fibres fines avec des kystes microscopiques et des éléments cellulaires de caractère conjonctif et disposés soit en travées verticales ou transversales, soit en cercles concentriques.

Chaque tumeur est un fibrome atteint de dégénérescence kystique au début.

Observation II (Popow, *Trans. Edimb. Obst. Soc.*, 1881-1882). — Le 13 avril 1880, M. P..., trente-huit ans, meurt à la clinique de Slawjanski de cirrhose du foie et d'ascite.

A l'autopsie, ovaire droit du volume d'un œuf d'oie, irrégulièrement arrondi, solide et compact. Ovaire gauche gros comme un œuf de poule.

Au microscope, correspondant à la zone parenchymateuse, zone de tissu conjonctif sans trace de follicules. Dans le tissu environnant la zone vasculaire présence de nombreuses cellules rondes à tous les stades de transition. Dégénérescence mucoïde.

Observation III (Citée par Larnaudie). — *Fibromes ovariens avec ascite chez une femme de soixante-dix-sept ans. Guérison* (Terrier, *Progrès médical*, 1888, p. 160). — Entrée le 26 janvier 1888, service du Dr Terrier.

Réglée à dix-huit ans ; un enfant à vingt-quatre ans ; ménopause à quarante-huit ans.

En juillet 1887, début par amaigrissement et accroissement du ventre. Pas de douleurs ni troubles de la vessie ou du rectum, ni métrorragie.

En février 1888, elle est presque rendue impotente par l'âge et la tumeur. Ventre volumineux. Ascite abondante. On sent une tumeur dure et assez mobile occupant surtout le côté droit, indépendante de l'utérus qui paraît petit. Rien dans les culs-de-sac.

Diagnostic de tumeur solide de l'ovaire droit avec ascite.

Opération le 14 février. Ascite abondante, jaune rougeâtre. Grosse tumeur solide de l'ovaire droit avec petit pédicule et adhérences intestinales.

Ovaire gauche, gros comme une mandarine, blanchâtre et dur.

Ovariotomie double. Suites excellentes. Guérison.

*Examen.* — Tumeur droite de 3.850 grammes, de surface lisse, de couleur blanc jaunâtre en certains points, brun rouge en d'autres, de consistance fibreuse sauf en quelques parties. Ovaire gauche absolument fibreux.

Microscopiquement, transformation fibreuse complète avec points atteints de dégénérescence graisseuse ou infiltrés de sang.

Observation IV (Jacoby, *in* th. Greifswald, 1890). — Femme de cinquante ans, atteinte de cancer du foie et d'ascite. Mort.

A l'autopsie, cancer primitif de la vésicule biliaire. Cancer secondaire du foie. Tumeurs des ovaires; celle de gauche, grosse comme une tête d'enfant, celle de droite, comme un poing.

Au microscope, épithélioma cylindrique de la vésicule biliaire.

Les tumeurs des ovaires sont formées de fibres musculaires lisses, mêlées de tissu rouge.

Observation V (Citée par Larnaudie). — *Fibrome des deux ovaires* (n° 294. Collect. anatomo-path. Munich, *in* thèse Seeger). — La tumeur qui remplace l'ovaire droit a le volume d'une tête de fœtus à terme. Surface unie et bril-

lante. Pas d'adhérences. Pédicule court et large, uniformément dure à la coupe, et présence de quelques kystes.

Microscopiquement, tissu fibrillaire avec cellules. Nombreuses cavités.

Fibrome kystique. Mêmes caractères à gauche.

Observation VI. — *Fibrome pur à droite. Fibro-sarcome à gauche* (Dr Picqué, *in* thèse Bourgoin). — L. D..., quarante-deux ans. Entrée salle Gosselin le 29 juillet 1892.

Métrorragies presque continuelles depuis trois ans. A partir du 8 mai douleurs, accroissement du ventre, suppression des règles.

Œdème, ascite abondante qu'on ponctionne. On sent trois tumeurs.

Ovariotomie bilatérale le 3 août.

A droite, tumeur solide et du volume du poing, donnant au microscope la texture du fibrome pur.

A gauche, tumeur bilobée, du volume d'une tête d'enfant. Kystes multiloculaires non végétants, à parois extrêmement épaisses. Aspect du fibro-sarcome kystique.

Observation VII. — *Fibro-myome double avec ascite* (Collins Warren M. D., *Boston médical.* 1.93. CXXVIII, p. 10).

J. R..., quarante-trois ans. Douleurs abdominales depuis quatre mois. Aspect cachectique. Ventre ascitique. Grosse tumeur, dure, mobile.

Laparotomie le 11 novembre.

D'un côté, tumeur solide constituée par un tissu fibreux avec çà et là quelques faisceaux de fibres musculaires lisses.

L'autre ovaire forme une tumeur identique, de dimension double d'un ovaire normal. Fibro-myomes (W.-F. Whitney).

Observation VIII (Jacoby, th. Greifswald, 1890). — Chez une femme opérée le 25 juillet 1888 pour une tumeur irrégulière, dure et arrondie, développée dans le côté droit du ventre, on trouve et on enlève dans chaque côté une tumeur non pédiculée.

La malade meurt en octobre à la suite d'une laparotomie pour occlusion intestinale, au cours de laquelle on trouve un cancer du pylore, généralisé au péritoine et au mésentère.

Les deux ovaires enlevés mesurent dans leurs trois diamètres, l'un 22 centimètres, 13 centimètres, 7 centimètres; l'autre 17 centimètres, 11 centimètres, 5 centimètres. Consistance dure.

*Examen histologique.* — Fibromyome, constitué par des fibres musculaires lisses avec leurs noyaux typiques et faisceaux conjonctifs.

Observation IX (Borremans, *Ann. de l'Inst. Sainte-Anne*, t. II, 1898). — X..., cinquante-sept ans, mère de deux enfants. Ménopause à cinquante et un ans. Entrée en 1891.

A la laparotomie, tumeur double sans adhérences. Ablation facile.

Les deux tumeurs pèsent ensemble environ 6 kilos, sont multilobulées et en forme de reins énormes.

L'examen microscopique de fragments pris en différents points des néoplasmes ne révèle que du fibrome absolument pur.

En 1894, cette femme succombe à la cachexie cancéreuse.

A l'autopsie, on trouve les parois de la cavité abdominale parsemées de noyaux sarcomateux.

Observation X (Potemski, *Riforma med.*, 1894). — Femme de soixante-deux ans. Entre en 1893 pour augmentation du ventre qui a le volume d'une grossesse à terme.

Réglée de quatorze à quarante ans. Deux grossesses. Depuis deux ans, pertes de sang abondantes lors des règles et dans les intervalles. Pas de douleurs. Après ponction de 10 litres d'ascite, on palpe une tumeur lisse, molle, élastique, remontant quatre doigts au-dessus du pubis.

Au toucher : vagin court. Utérus en antéflexion exagérée. Cul-de-sac droit occupé par la tumeur qu'on suit dans le ventre. Le gauche est libre, mais l'ovaire est gros comme une mandarine.

Opération en janvier 1894. — A droite, kyste gros comme une tête de fœtus, adhérent à l'intestin. A gauche, tumeur fibreuse avec pédicule court.

Observation XI. — *Fibrome des deux ovaires. Hystérectomie sus-vaginale* (Marie Dobratvorsky, thèse de Paris, 1903). — Mme A..., quarante ans, entrée à la Salpêtrière pour douleurs abdominales. Ses règles se montrent à peine depuis six mois. Leucorrhée constante. Pas de grossesse antérieure. Pas de troubles, ni signes de compression. Utérus petit, mobile, régulier, en légère rétroflexion. Des deux côtés de la matrice on sent une tumeur des dimensions d'une tête de fœtus chacune, mobile, indolente à gauche, douloureuse à droite.

Opération le 17 avril 1903 par M. Segond. Laparotomie

suivie d'hystérectomie sus-vaginale. La tumeur gauche est un fibrome de l'ovaire, libre de partout et bien pédiculée ; la tumeur des annexes droites vient difficilement car elle adhère au rectum. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un fibrome de l'ovaire compliqué d'une salpingite et que la trompe adhérente a été cause de l'extraction laborieuse.

Mêmes dimensions des deux pièces. Poids total : 450 gr. Guérison.

Observation XII. — *Fibrome des deux ovaires. Hystérectomie abdominale subtotale et ablation des annexes. Guérison* (Marie Dobratvorsky, thèse de Paris). — Mme C..., trente-quatre ans, se plaint depuis deux ans de douleurs abdominales continues contre lesquelles tous les traitements médicaux ont échoué. Réglée à treize ans. Règles douloureuses. Un enfant.

Depuis quatre ans, pesanteurs dans le bas-ventre, puis douleurs aiguës en même temps que phénomènes de compression : dysurie, constipation. Un médecin fait le diagnostic de fibrome utérin.

Depuis quelques semaines, l'état général a décliné.

État actuel. Femme obèse, souffrant constamment. Au toucher bimanuel on constate un utérus gros, globuleux, collé contre la symphyse pubienne ; à gauche, et séparée de l'utérus par un sillon, on trouve une tumeur mobile, dure, remontant jusqu'à l'ombilic et remplissant toute l'excavation pelvienne. On n'arrive pas à explorer les annexes droites.

Diagnostic : fibrome pédiculé de l'utérus ou tumeur des annexes droites.

*Opération* en avril 1903 par M. Segond. — Dès l'ouver-

ture du ventre, il s'écoule environ 500 grammes de liquide ascitique ; la tumeur est un fibrome de l'ovaire gauche, adhérant en trois endroits à l'intestin grêle ; après ablation on trouve collée contre la concavité du sacrum une autre tumeur petite, de la dimension d'une mandarine, qui se trouve être un fibrome de l'ovaire droit. Ablation de cette tumeur suivie d'hystérectomie sus-vaginale.

Suites normales. Sortie un mois après l'intervention.

Observation XIII. — *Volumineux fibro-myome des deux ovaires* (Bender et Heitz, *in Bull. Soc. anat. Paris*, mars 1903). — Malade de soixante-quatorze ans. Début il y a dix ans par augmentation du ventre lente et progressive. Trois ponctions d'ascite sanguinolente.

Entrée à l'infirmerie avec ascite abondante et circulation collatérale. Masse énorme, dure, remplissant la fosse iliaque et le flanc gauche. Ponction de plusieurs litres de liquide sanguinolent. Utérus immobilisé. État grave, douleurs et vomissements.

A l'autopsie, tumeurs solides des deux ovaires intimement fusionnés pesant ensemble 4.900 grammes. Péritoine sain.

La tumeur de droite est constituée par du tissu très dense, fibreux. Celle de gauche, plus volumineuse, présente une torsion très nette comportant un tour très net de son pédicule. Elle est creusée d'une cavité à parois irrégulières, du volume d'une tête d'enfant et renfermant un liquide jaunâtre, grumeleux.

Histologiquement, structure identique. Larges travées de tissu fibreux entre lesquelles se rencontrent des fibres musculaires lisses. En aucun point trace de tissu ovarien.

Fibro-sarcomes

Observation XIV. — *Double fibro-sarcome ovarique* (A. Montprofit, Soc. anat. Paris, 1887). — Malade de cinquante ans, épuisée, succombe au bout de quelques heures.

A l'autopsie : au niveau de la fosse iliaque droite, tumeur dure, bosselée qui a le ligament large pour pédicule. C'est l'ovaire dégénéré et augmenté de volume. Du côté gauche, la tumeur du volume du poing, incluse dans le ligament large, est assez facilement énucléable. On ne trouve pas trace de l'ovaire.

L'examen histologique montra que ces tumeurs étaient des sarcomes fuso-cellulaires fasciculés, vasculaires.

Observation XV. — *Fibro-sarcome des deux ovaires* (*in* thèse Seeger). — Utérus infantile. Ovaire droit gros comme une poire, adhérent à la trompe. Ovaire gauche gros comme un œuf. Surface raboteuse ; pas de cavité ; tissu dur.

Au microscope, on voit des cellules ovales et en fuseau, de gros noyaux rassemblés en masses; des filaments étroits de tissu fibrillaire parcourent la tumeur en tous sens. Peu de vaisseaux.

Diagnostic : sarcome fuso-cellulaire des deux ovaires.

Observation XVI. — *Fibro-sarcome des deux ovaires simulant une grossesse* (Thierry, 1897, *in* thèse Dubois). — Trente ans. Admise d'urgence pour grossesse gémellaire avec état général grave, le 30 décembre 1897. Dernières règles le 3 mars.

Deux chutes en avril. Douleurs. Augmentation du ventre. Pas de modifications digestives, ni des seins, ni du système nerveux.

Un médecin conclut à la grossesse en juillet.

Octobre. — La fièvre apparaît, nausées, vomissements.

Examen : abdomen distendu. Une masse arrondie simule la tête dans la fosse iliaque gauche. Le siège et les petits membres sont aussi simulés par d'autres parties de la tumeur dont une partie dans la région ombilicale est assez mobilisable. Aucun bruit fœtal.

Au toucher : excavation remplie par tumeur immobile. Le col est indépendant.

État général mauvais ; vomissements. Température 38°5-37°5.

Deux ponctions de liquide citrin. Mort le 6 janvier.

A l'autopsie, masse volumineuse composée de deux tumeurs adossées.

Pas de traces d'ovaires. Pas de généralisation aux organes voisins sauf aux ganglions pré-vertébraux. Poids 4 kgr. 900 et 1 kgr. 400.

Examen microscopique (Mercier) : tumeurs constituées par la fusion intime du tissu fibromateux et du sarcome kystique.

Observation XVII. — *Fibro-sarcome des deux ovaires. Récidive* (Dr Bouilly, chir. des Hôp. Congrès français de chir., 1897). — Malade opérée en juin 1897, atteinte de deux tumeurs solides de l'ovaire histologiquement classées par M. Pichevin dans les fibro-sarcomes. Les conditions de guérison paraissaient excellentes, il n'y avait pas de trace

d'ascite, l'ablation semblait aussi complète que possible. La guérison opératoire fut en effet facile. Mais deux mois après, le petit bassin était rempli de tumeurs récidivantes et actuellement la malade est mourante, six mois à peine après l'intervention.

## Sarcomes

Observation XVIII. — *Sarcome kystique double* (Péan, *Clin. chir.*, 1881-1882). — X..., réglée à treize ans, mariée à vingt-cinq ans ; pas d'enfants. Début reconnu il y a dix-huit mois. Amaigrissement extrême. Trois ponctions, la dernière a donné 5 litres de liquide couleur chocolat. Ventre énorme.

Adhérence générale de la tumeur. Extraction de la portion solide par pincement et morcellement. Guérison.

Observation XIX. — *Sarcome kystique des deux ovaires* (Péan, *id.*). — X..., réglée à quatorze ans ; vierge. Très faible. Début il y a trois ans. Accroissement rapide depuis cinq semaines.

Masse solide, percée de petits kystes, remontant à l'épigastre. Extraction par pincement et morcellement. Le moignon utérin est fixé avec des broches à la partie inférieure de la plaie abdominale.

Les ovaires, les ligaments larges et le fond utérin sont donc enlevés.

Observation XX. — *Sarcome kystique des deux ovaires* (Péan, *id.*). — X..., réglée à quinze ans ; mariée à vingt et un ans. Début il y a cinq ans. Marche rapide depuis trois mois. Tumeur abdominale. Peu d'ascite.

*Ovariotomie.* — Adhérences multiples. Tumeur surtout solide constituée par des masses sarcomateuses.

Observation XXI. — *Sarcome des ovaires* (Petit, Soc. anat., Bordeaux, 1885). — Jeune fille de vingt-six ans, tumeur probablement sarcomateuse des deux ovaires. Marche rapide et mort par obstruction intestinale.

Observation XXII. — Soc. obst. de Cincinnati, 2 avril 1888 (citée par Larnaudie). — M. H. H... présente un sarcome énorme occupant les deux ovaires et une trompe chez une jeune fille âgée de dix-sept ans. Ascite. Tumeur friable. Mort trois jours après l'opération.

Observation XXIII. — *Sarcome bilatéral et kyste dermoïde* (*in* thèse Seeger citée par Larnaudie). — Ovaire gauche changé en une tumeur de la grosseur d'une poire, sa surface est bosselée. Nombreuses adhérences. Sur un côté de la tumeur on trouve un kyste dermoïde de la grosseur d'un œuf de poule.

Ovaire droit gros comme une orange, surface rugueuse. Utérus adhérent.

Pédicule court et large des deux côtés.

Au microscope, entre de rares traits de tissu conjonctif, quelques cellules épaisses en fuseau, mais surtout des masses de cellules rondes avec gros noyaux. Vaisseaux assez nombreux.

Sarcomes globo-cellulaires dont un secondaire à un kyste dermoïde.

Observation XXIV. — *Sarcome double* (*in* th. Lamarque. Bordeaux, 1889). — L..., quarante-six ans, entre le 16 mai 1888. Mariée à dix-huit ans. Un enfant. Menstruation régulière.

Début par petite tumeur douloureuse dans fosse iliaque droite. Puis pleurésie et ascite progressive. Neuf ponctions successives, puis une nouvelle lors de l'entrée à l'hôpital. Règles disparues après la deuxième ponction. Miction douloureuse.

Masse dure s'étendant surtout à droite, bosselée, douloureuse. Ovariotomie le 24 mai 1888. Liquide ascitique. A droite, masse charnue, irrégulière, paraissant provenir de l'ovaire disparu.

Pédiculée, grosse comme une tête d'adulte.

A gauche, tumeur analogue, grosse comme une orange.

Observation XXV. — (Weinlechner, *Geb. Gyn. Gesell Wien*, 24 mars 1899). — Cas où les deux ovaires d'une jeune fille de vingt-quatre ans étaient du poids de 600 et 700 gr. et transformés en sarcome globo-cellulaire.

Observation XXVI (citée par Dreyfus). — *Sarcome double de l'ovaire chez un pseudo-hermaphrodite* (Krug, *Amer. Journ. of Obst.*, 1891). — Pseudo-hermaphrodite mâle de dix-neuf ans. Aspect masculin. Pseudo-pénis imperforé, vagin très rudimentaire. Le toucher permet de sentir un utérus et la tumeur distendant l'abdomen. État général mauvais.

*Opération.* — Ascite abondante. Tumeurs des deux ovaires

avec adhérences multiples. Mort par pneumonie dix jours après.

*Histologie.* — Sarcome à cellules rondes, mais du type complexe, dégénérescences myxomateuses, chondroïdes, ostéoïdes, dépôt calcaire.

Observation XXVII (*in* thèse Ladouce). — (Sabrazès, *Bull. Soc. d'an.*, Bordeaux, 1890). — Quarante-deux ans, réglée à quatorze ans. Trois accouchements. Tumeur constatée il y a deux mois dans l'hypocondre droit. Examen le 24 novembre. Amaigrissement. Ascite récidivante. Tumeur ballottante.

Opération le 19 décembre. Tumeur blanchâtre, mammelonnée à droite, peu adhérente. L'ovaire gauche augmenté de volume est enlevé avec un kyste du ligament large gros comme une noix. Quelques noyaux péritonéaux. Raclage. Sortie en février 1890. Guérie.

En avril, *récidive à droite.*

Examen de la pièce : 3.450 grammes, vasculaire, friable. Kystes centraux.

*Histologie.* — Sarcome encéphaloïde globo-cellulaire.

Observation XXVIII. — *Sarcome des deux ovaires* (Braquehaye, *Journ. de méd.*, Bordeaux, 1890, p. 458). — Trente-cinq ans, mariée à dix-huit ans, fausse couche à dix-neuf ans. Tumeur aperçue il y a deux ans. Ponction de 14 litres d'ascite, en mars; 13 litres en juillet 1889. Laparotomie exploratrice : ovaire gauche volumineux, noyaux secondaires dans le péritoine. Mort subite quinze jours après.

Examen par Princeteau d'une nodosité secondaire. Sarcome encéphaloïde.

A l'autopsie, noyaux dans le rein droit et dans l'ovaire droit.

Observation XXIX. — (Pépin, *Journ. de méd.*, Bordeaux 21 juin 1891). — Dix-huit ans, réglée à seize ans. Leucorrhée.

Douleurs menstruelles. Depuis quatre mois aménorrhée, douleurs. Tumeur lisse, volumineuse. Mort par péritonite suraiguë.

A l'autopsie, vaste tumeur englobant intestin, épiploon, mésentère.

Au-dessous, deux ovaires gros comme une tête de fœtus, sans adhérences, trompes saines. Pas de généralisation.

Histologiquement, sarcome encéphaloïde pur.

Observation XXX. — (Brindel, *Gaz. méd.*, 1894). — Trente-trois ans, tertipare, dernière grossesse il y a huit ans.

Douleurs, aménorrhée. Augmentation du ventre depuis quelques mois.

Amaigrissement. Dans les derniers mois, métrorragies.

A l'autopsie, sarcome des deux ovaires.

Observation XXXI (Baily et Leard, *The Lancet*, 1900). — Célibataire, cinquante-six ans, entrée le 7 novembre 1897 au London county Asilum. Interrogatoire impossible.

17 novembre. — On sent une tumeur abdominale arrondie, élastique. Utérus dévié. Augmentation très rapide au point que la tumeur atteint trois fois son volume primitif. Pas d'ascite.

Incision exploratrice le 6 mars. Adhérences. Mort le 9 décembre.

A l'autopsie, grosse tumeur avec adhérences intestinales et infiltration du mésentère naissant du ligament large de droite. Pas d'ovaire rencontré de ce côté. Ovaire gauche adhérent, forme tumeur.

Au microscope, *complexité des tissus*. Certaines parties de la tumeur peuvent être considérées comme fibro-sarcomateuses ; d'autres comme du sarcome à cellules rondes, d'autres comme du lympho-sarcome.

Observation XXXII. — *Myxome des deux ovaires avec infiltration œdémateuse de l'ovaire gauche due à une torsion du pédicule. Péritonisme* (Dr Potherat et Lenoble, *la Gynécologie*, 15 février 1898). — S..., vingt-six ans, entrée le 15 mars 1895 à la Salpêtrière.

Trois enfants. Début il y a sept mois lors d'une dernière couche. Douleurs. Métrorragies à plusieurs reprises. Pas de signes généraux. Utérus immobile et confondu avec une masse proéminante à gauche et dans le cul-de-sac de Douglas.

Diagnostic de rétroflexion utérine avec salpingo-ovarite gauche. Laparotomie le 26 mars. A gauche, tumeur ovarienne du volume d'une forte orange, *molle, fluctuante*, portée sur un long pédicule ayant subi trois tours de spire de droite à gauche. Trompe œdémateuse.

A droite ovaire gros comme une mandarine, de consistance molle, de coloration blanc bleuâtre.

Au microscope, ovaire gauche œdématié et myxomateux Infiltration sanguine qui doit être regardée comme la conséquence des tours de spire du pédicule.

Ovaire droit : en général structure peu modifiée, mais on constate une infiltration embryonnaire analogue à celle du gros ovaire, surtout répartie au niveau des corps jaunes.

Observation XXXIII. — *Endothéliome bilatéral de l'ovaire* (Abadie, *Bull. de la Soc. anat.* Paris, 1902). — Gertrude C..., trente-six ans, entrée le 25 avril 1902 à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

On pense à de la tuberculose péritonéale et des annexes. Opérée le 4 mars 1902. Ascite, granulations miliaires péritonéales. Tumeur solide bilatérale de 180 grammes présentant des adhérences, mamelonnée, lisse, renfermant des noyaux résistants, blancs et à contours circulaires.

Histologiquement, on ne retrouve aucun élément de l'ovaire. M. le professeur Bosc estime qu'il s'agit d'endothéliome.

Observation XXXIV (Résumée). — *Endothéliome des deux ovaires* (Brückner, *Revue de chirurgie*, 1901). — E..., quarante-quatre ans, entrée dans le service du professeur Jonnesco, le 15 avril 1900. Réglée à quinze ans sans particularités. Mariée à dix-huit ans. Onze grossesses. Règles disparues depuis huit ans. Tumeur développée depuis deux ans. État général excellent. Pas d'ascite.

Le toucher ne peut délimiter la tumeur de l'utérus.

Diagnostic : fibrome de l'utérus.

*Opération* le 28 avril. — Tumeur grosse comme une tête de fœtus développée à la place de l'ovaire gauche. Ovaire droit mamelonné et lobulé. Hystérectomie abdominale totale. Greffes néoplasiques sur l'utérus.

Macroscopiquement, tumeur encapsulée, rosée, mamelonnée avec kystes à contenu gélatineux. Consistance très

dure. Tissu simili-conjonctif mais plus humide que dans un fibrome ; ovaire droit petit mais lobulé et d'aspect identique à la coupe.

Au microscope, tumeur de gauche, coupe intéressant sa périphérie. Le stroma de l'ovaire normal a complètement disparu. On trouve une quantité de cavités inégales, irrégulières, contenant de grandes cellules et séparées par un tissu conjonctif dense très riche en noyaux fusiformes, stratifié en couches plus ou moins nombreuses. Ces cavités ressemblent à de gros cordons compacts, mais d'autres sont pourvues de lumière centrale dans laquelle restent en suspension des éléments cellulaires.

Dans les coupes de la partie centrale, le tissu conjonctif est plus jeune. On rencontre encore des cavités plus petites, plus étroites, bourrées de cellules. Elles n'ont pas de parois propres : elles sont véritablement creusées dans le tissu conjonctif, et tapissées par des cellules variables ; ici ce sont des cellules très allongées à noyaux fusiformes ; là, cellules cylindriques à noyau sombre et protoplasme opaque et granuleux ; quelquefois elles font des saillies nombreuses à l'intérieur.

Même dans les points où la prolifération de la tumeur paraît la plus active, on reconnaît le commencement d'une dégénérescence qui abonde dans d'autres points. Cette tendance à la dégénérescence est très marquée même dans les parties jeunes de la tumeur. Il se forme des lumières pseudo-glandulaires, des cavités qui contiennent une masse granuleuse, où l'on trouve des rares globules rouges, de nombreuses boules d'apparence colloïde et des éléments cellulaires. On ne voit nulle part d'infiltration de cellules embryonnaires.

Dans l'ovaire gauche mêmes détails. Pas de follicules de Graaf.

Les greffes néoplasiques de l'utérus ont la même structure.

Observation XXXV (Résumée) (Barbour, *Scottish. med. and surg. Journal*, 1905). — M. F..., quarante-deux ans, IV-pare, entre à l'hôpital royal d'Édimbourg. Depuis trois ans, après sa dernière couche, douleurs épigastriques accompagnées de vomissements revenant de temps à autre. Depuis deux mois gonflement du ventre et tumeurs. Aménorrhée depuis sa dernière grossesse.

Abdomen distendu. Deux tumeurs dures, mamelonnées, mobiles. Peu d'ascite. Utérus en avant, immobile.

*Incision exploratrice.* — Un peu de liquide ascitique. Tumeurs solides dépendant des ovaires, pédiculées, sans adhérences importantes. Épaississement du péritoine caus par des infiltrations malignes.

La malade meurt quelques jours après avec des signes d'occlusion intestinale.

Au micoscope, une série de coupes permet de suivre pas à pas le développement de cellules sarcomateuses dans l'endothéliome des espaces lymphatiques.

### Tumeurs végétantes

Observation XXXVI (Personnelle). — *Kyste végétant des deux ovaires.* — Malade opérée par M. le professeur Duret, en décembre 1895.

Les deux tumeurs du volume d'une grosse orange sont

constituées par plusieurs kystes volumineux, remplis de végétations papillaires arborescentes. Mais les végétations sont beaucoup plus nombreuses à la surface des kystes ou de ce qui reste de l'ovaire que dans les kystes eux-mêmes. Ces végétations en choux-fleurs sont groupées tantôt en amas volumineux formant des sortes de bouquets ou de touffes ; tantôt elles existent sous forme de semis très fin à la surface des kystes.

L'une des deux tumeurs est constituée par un kyste unique bourré de végétations.

Observation XXXVII (Personnelle). — *Tumeur végétante solide des deux ovaires. Récidive.* — C... Rose, quarante-cinq ans, entre à la Charité, service du Dr Duret, au début d'octobre 1897, parce que son ventre grossit depuis cinq mois.

Réglée à seize ans, mariée à vingt-quatre ans, six enfants. Rien au cœur. Pas d'habitudes éthyliques. Une ponction faite le 18 septembre a ramené 7 litres de liquide ascitique citrin..

État actuel : ventre volumineux, distendu. Pas d'œdème. Au toucher, matrice libre, flottante ; culs-de-sac libres. Urines troubles ; après ponction pratiquée le 5 octobre, on constate une tumeur ayant le volume de deux poings, mollasse. Du côté gauche, il ne semble pas étonnant que les annexes soient envahies.

*Opération* le 7 octobre par M. le professeur Duret. — Liquide ascitique hématique. Semis de végétations dans le petit bassin. Deux tumeurs dépendant de l'ovaire droit et gauche, faciles à extirper après renversement. Des nappes végétantes insérées sur la paroi du Douglas sont curettées.

Suites opératoires excellentes. Guérison.

Malade revue en janvier 1898, en bonne santé : rien au palper bimanuel. Revue en janvier 1899. Ascite généralisée. Cachexie.

*Examen des pièces.* — La tumeur la plus volumineuse du volume d'un œuf d'autruche est formée par une série de lobes distincts les uns des autres mais réunis par un pédicule se dirigeant vers un centre commun. Chacun d'eux est constitué par des végétations lamellaires tassées les unes contre les autres et rappelant assez bien l'aspect de tissu feuilleté. Au sein de quelques-uns, il s'est fait des hémorragies qui se traduisent par l'existence de pigments brun noirâtre en voie de transformation.

Alors que la plupart de ces masses sont recouvertes d'une enveloppe lisse, un certain nombre d'autres semblent avoir fait irruption, après avoir franchi la capsule, à la surface de l'ovaire et à ce niveau il existe manifestement des végétations à la surface de la tumeur. Poids 360 grammes.

La seconde des tumeurs présente exactement les mêmes caractères que celle de droite, mais le volume est un peu plus faible. Poids 270 grammes.

Histologiquement : lésions de nécrose massive. Cependant dans quelques parties les éléments cellulaires restent colorés. Il s'agit d'un néoplasme végétant, dans lequel le tissu de soutien est constitué par des axes conjonctifs d'épaisseur variable sur lesquels s'implantent des villosités minces, se ramifiant d'une façon très irrégulière, et recouvertes de cellules épithéliales cylindriques ou cubiques disposées sur une ou plusieurs couches. Les végétations ainsi formées sont tellement abondantes et compactes que la tumeur est

absolument massive et dense sans cavités kystiques appréciables.

Observation XXXVIII. — *Kystes papillomateux des ovaires* (Stouffs, *Bull. Soc. belge de Gyn. et Obst.*, n° 5, 1897). Mlle Marie L..., trente-huit ans ; symptômes vagues de péritonite. Opérée le 7 mai 1897. Le kyste de l'ovaire droit est volumineux, du volume d'un utérus gravide de huit mois ; il est multiloculaire et la plupart des kystes présentent sur leur paroi interne des végétations papillomateuses, très denses dans quelques-uns.

Le kyste de l'ovaire gauche multiloculaire, gros comme une tête d'enfant, présente des végétations papillomateuses internes et externes.

Cette puissance de dégénérescence papillomateuse explique les poussées de péritonite et la formation des multiples adhérences constatées.

Observation XXXIX (Thirion, soc. anatomo-clinique de Lille, 1900). Laure B..., trente-huit ans, service du Dr Duret.

Opérée le 27 juin 1900. Liquide ascitique ; masses polykystiques adhérentes en lames à l'épiploon. On extirpe à gauche une tumeur volumineuse polykystique, renfermant 7 ou 8 kystes, variant du volume d'une orange à celui d'une tête de fœtus, les uns à membranes interne sans végétations, d'autres présentant des végétations framboisées de la taille d'une cerise à côté d'autres atteignant le volume du pouce.

La paroi externe, malgré le volume et les végétations internes, est lisse, sans excroissances. Pourtant l'existence de quelques noyaux dans le péritoine montre que les végétations étaient sur le point d'envahir tout l'abdomen.

Du côté opposé l'ovaire est kystique, du volume d'un œuf. Ablation. Guérison.

Observation XL. — *Épithéliome végétant double de l'ovaire* (Bish, *in Ann. de Gyn et Obst.*, 1902, n° 2, p. 64). — Femme du service de M. Quénu.

Tumeur immobile remplissant tout le Douglas.

Laparotomie. Énorme chou-fleur enclavé, enlevé par hystérectomie subtotale. Les deux ovaires étaient néoplasiques.

Examen histologique de Landel : épithéliome végétant.

Observation XLI. — *Adéno-épithéliome papillaire. Récidive* (Forgue, *in* thèse Massabuau). — X..., quarante-huit ans. Réglée à quatorze ans jusqu'à il y a six mois. Mariée à vingt et un ans. Quatre grossesses. Début en mai 1903. Douleurs. Augmentation du ventre. En août, ascite, tumeur nodulaire à points rénitents. Masses polykystiques dans le Douglas.

Laparotomie le 20 août 1903. Ablation d'une volumineuse tumeur nodulaire de l'ovaire gauche, de l'utérus et de l'ovaire opposé. Récidive et mort en 1905.

*Histologie*. — Ovaire gauche, épithélio-carcinome papillaire à prolifération épithéliale très dense et à dégénérescence rapide.

Ovaire droit : évolution épithéliomateuse. Épithéliome papillaire typique.

Observation XLII (Dr Graveline, *in Bull. des sc. méd. de Lille*, 1908). — D. L..., trente-cinq ans, entrée le 11 novembre 1907, service du professeur Duret.

Réglée depuis seize ans. Irrégularités,mais pas de métrorragies. En octobre un médecin consulté pour l'augmentation du volume du ventre a retiré par paracenthèse 12 litres de liquide ascitique.

A son entrée, ascite récidivée, ventre volumineux. Au toucher, col utérin mobile et petit ; masse dure, résistante, bosselée dans les culs-de-sac postérieur et droit. Diagnostic de tumeur papillaire ovarienne.

*Opération* le 15 novembre par le professeur Duret. — Dix litres de liquide citrin contenant des placards de cellules endothéliales, des globules rouges et des polynucléaires. Deux tumeurs ovariennes végétantes.

*Examen*. — Celle de gauche, bilobée, affecte la forme de masse végétante en chou-fleur, friable, gris rosé. En écartant ces végétations on arrive à constater la présence de l'ovaire réduit à une masse de tissu fibroïde, qui est entouré de toutes parts. Même aspect à droite.

Au microscope, les végétations prennent naissance à la surface de l'ovaire par un pédicule très mince pour se ramifier ensuite et former de nombreuses divisions. Elles sont recouvertes d'une seule couche d'éléments épithéliaux cylindriques constituant un revêtement continu qui n'a aucune tendance à infiltrer le stroma conjonctif du néoplasme.

Observation XLIII (M. Ferran, *in Bull. et Mém. Soc. anatom.* Paris, 1909). — Jeanne L..., trente-quatre ans. Réglée à treize ans. Pas de grossesse.

Depuis un an et demi ménorragies avec douleurs.

Depuis huit mois, métrorragies revenant à intervalles de

plus en plus courts. Douleurs abdominales irradiées à la région lombaire.

Toucher vaginal très difficile à cause de l'adipose. Utérus gros.

On pense à un fibrome utérin. Laparotomie par M. Routier le 17 décembre 1908. On trouve des masses papillomateuses sur les ovaires qui sont enlevés ainsi que les trompes. L'adipose empêche l'hystérectomie.

*Examen histologique* par M. Herrenschmidt. Au niveau de l'ovaire gauche les papillomes forment une tumeur exclusivement solide ; il n'y a rien que des végétations exogènes sans kystes. Dans l'ovaire droit, il y a une végétation exogène et formation d'un petit kyste séreux dans l'intérieur duquel proémine une végétation exactement semblable.

La structure est constituée de tissu fibreux végétant tapissé d'épithélium cylindrique dans lequel on trouve quelques cavités plus ou moins dilatées. Ce tissu fibreux dépend du stroma de l'ovaire.

Le fait que la malade revue en février 1909 n'a plus eu de pertes de sang laisse penser que ces métrorragies étaient liées aux papillomes ovariens.

Observation XLIV. — *Végétations papillomateuses des deux ovaires. Fibrome utérin* (Dr Bouchard, Soc. anat. Paris, janvier 1911). — Mlle Z..., quarante-neuf ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph pour métrorragies.

Début il y a près de neuf ans par des irrégularités menstruelles. Puis métrorragies qui se renouvellent tous les trois ou quatre mois. L'une d'elle la mit, il y a huit mois, dans un

grand état de faiblesse. Depuis pertes continuelles rouges ou blanches et fétides.

Au palper tumeur dure remontant à une distance entre le pubis et l'ombilic, qui paraît arrondie et solide au toucher.

Le col est complètement effacé. *Pas d'ascite.*

Diagnostic de fibrome pelvien du corps et du col de l'utérus. Laparotomie le 1er décembre. L'utérus est de la grosseur du poing et dans la partie antérieure du col existe un fibrome du volume d'une pomme. Les deux ovaires augmentés de dimensions sont recouverts de végétations papillaires rouge vif. Quelques adhérences unissent ces végétations au péritoine de Douglas et à l'utérus, ce qui explique qu'à l'examen on ait pris le tout pour une seule tumeur utérine.

*Examen.* — Les deux ovaires sont recouverts de végétations papillaires en fôrme de petits choux-fleurs, grosses comme une petite noix. Dans chaque ovaire on trouve des kystes bourrés de végétations identiques.

Microscopiquement : les végétations sont formées de bourgeons de tissu fibrillaire tapissé d'épithélium cylindrique. Elles semblent être de nature bénigne.

Observation XLV. — *Tumeurs végétantes des deux ovaires avec ascite* (Marie Dobratvorsky, thèse de Paris, 1903). —M..., vingt-cinq ans, entrée à l'hôpital Laënnec, service de M. Reclus, le 1er septembre 1901.

Réglée à onze ans ; un enfant mort à quatre mois.

Début par augmentation du volume du ventre en juillet 1901, puis par des douleurs, surtout marquées à gauche.

Tension du ventre énorme à cause de l'ascite. Palper impossible. Pas de constipation. Utérus peu mobile ; culs-de-sac occupés par des masses molles.

*Opération* le 5 septembre. — Plusieurs litres de liquide citrin. Tout le petit bassin est occupé par des masses végétantes, analogues à du frai de poisson, englobant l'utérus. On en enlève la majeure partie mais il en reste sur la paroi et l'utérus.

Guérison maintenue en juin 1903.

Observation XLVI (Dreyfus). — X..., quarante-huit ans ; depuis 1904, troubles menstruels, métrorragies intermittentes, douleurs. Énorme tumeur peu distincte de l'utérus au toucher.

Ovariotomie double le 3 janvier 1906. Tumeur solide à droite. Kyste à gauche.

Au microscope, enchevêtrement de végétations en jeu de patience, chaque végétation est revêtue de plusieurs couches de cellules cylindriques poussant par endroits des bourgeons dans le stroma qu'elles envahissent. Ce stroma forme une charpente conjonctive d'aspect myxomateux.

Il s'agit de tumeurs végétantes en dégénérescence carcinomateuse.

## Épithéliomes et carcinomes

Observation LXVII — *Cancer des ovaires et du cœur* (Bucquoy, *Union médicale*, 1867, cité par Ziembicki). — M..., vingt-quatre ans, bien réglée, santé satisfaisante jusqu'alors, entre le 21 novembre 1886 à la Charité pour pleuro-

pneumonie. Elle présente en outre un bruit de souffle rude à la pointe du cœur.

Depuis quelque temps, gonflement du ventre et douleurs.

Au palper, tumeur dure, irrégulière, mobile, douloureuse, du volume d'une tête d'enfant, plongeant à droite dans le petit bassin.

Utérus indépendant, cul-de-sac latéral droit oblitéré. Au début de décembre, le pouls devient tout à coup faible, fréquent, les artères battent avec force ; palpitations, dyspnée intense.

La malade meurt subitement le 6 décembre.

A l'autopsie, le cœur est atteint de cancer (parois du ventricule gauche presque détruites, masses jaunes, irrégulières, végétantes, suc au raclage).

Ovaire droit : masse ellipsoïde dure, irrégulière, 15 centimètres de diamètre.

Ovaire gauche : même aspect, 5 centimètres de diamètre.

Examen microscopique par M. Cornil. Cancer alvéolaire.

Observation LXVIII (Dr Drysale et Sheffield, *M. H. Lancet*, 1872.) — X..., quarante ans, IX-pare. Début il y a trois mois par douleurs vives, tumeur grosse comme un œuf, croissante, et aménorrhée.

*Percussion.* — Matité à droite et à gauche de l'ombilic.

*Palper.* — Tumeur dure, irrégulière, dans fosse iliaque gauche.

*Toucher.* — Utérus petit, indépendant, en rétroflexion.

En présence d'une dyspnée considérable et d'un état de

cachexie prononcée on fait une ponction le 13 décembre qui amène 2 litres de liquide. Affaiblissement. Mort le 22 avec des signes de péritonite.

A l'autopsie, tumeurs squirrheuses ovariennes ; celle de gauche grosse comme la tête d'un adulte, celle de droite comme celle d'un enfant. Suc cancéreux. Utérus sain.

Observation XLIX (Hôpital des femmes. Sohosquare. *Lancet*, 1873). — Sarah D..., quarante ans, V-pare. Depuis un an augmentation du ventre, douleurs dans le dos et l'abdomen.

A son entrée, masse irrégulière débordant du bassin jusqu'à mi-distance de l'ombilic, mobile, donne l'idée de deux tumeurs accolées. Au toucher, douloureux, on sent le détroit supérieur occupé par une masse solide reliée à l'utérus.

31 août. — Laparotomie. On trouve deux tumeurs occupant chacune un des côtés de l'utérus et reliées à lui par un pédicule.

Observation L (Traduction résumée de thèse Seeger). — Les ovaires, le foie, le poumon, la dure-mère sont envahis.

*Examen microscopique.* — Traits de tissu conjonctif entre lesquels on trouve çà et là des cellules en fuseau. Ils limitent sans aucun ordre des cavités inégales, la plupart sans contenu ; seulement, dans quelques-unes, on trouve attachées le plus souvent à la paroi, de grosses cellules rondes avec autant de noyaux.

Les cellules sont pâles, se colorent difficilement ; cependant leur caractère épithélial est évident.

Observation LI (*id*). — *Carcinome des ovaires.* — Des deux côtés, tumeur ayant environ la forme d'une poire, de consistance pâteuse, adhérant à l'utérus qui les relie par sa face postérieure. Une mince enveloppe conjonctive les englobe.

Au microscope, fortes travées de tissu conjonctif circonscrivant des cavités variables, contenant des cellules polygonales avec de gros noyaux, cellules réunies çà et là en nids caractéristiques.

Observation LII. — *Carcinome sarcomateux des deux ovaires* (Section, *Journal des pathologischen Institutes*). — R... Anna, dix-neuf ans, emballeuse.

A l'autopsie, le corps fortement amaigri pèse 45 kilos. Bas-ventre très enflé. Liquide ascitique séreux hémorragique. Infiltration cirrhotique nettement néoplasique.

L'entrée du bassin est remplie par deux tumeurs ovariennes. Péritoine de l'espace de Douglas et du cul-de-sac vésico-utérin envahi.

Au microscope, masse des cellules en forme de fuseau et des cellules assez grandes polygonales à gros noyaux. Rares travées conjonctives.

Observation LIII (Hartmann, *in* thèse Gundelach). — *Cancer des ovaires. Noyaux dans le péritoine. Mort.* — Quarante-cinq ans, service Terrier à Bichat.

Réglée à treize ans, mariée à vingt ans, III-pare.

Douleurs et phlegmatia à gauche en mars 1883. Aménorrhée en avril.

Amaigrissement. Ascite. Laparotomie exploratrice en juillet.

Masses néoplasiques dans le petit bassin, et le grand épiploon.

Mort le 22 août. Tumeur des deux ovaires. Pas d'examen.

Observation LIV (Kouznesky, *Ann. de gyn. et chir.*, 1904). — *Cancer médullaires de deux ovaires.* — Chez jeune paysanne de quatorze ans, non réglée. violentes douleurs. Augmentation du volume du ventre.

Laparotomie : L'ovaire droit avait la dimension des deux poings ; le gauche, le volume d'une noix. Ablation. Guérison sans récidive.

Observation LV (cité par Dreyfus) (J. Kelly, *Glascow. Med. Journ.*, 1904). — *Carcinome solide des deux ovaires. Récidive.* — Trente ans, célibataire, réglée à dix-sept ans régulièrement jusqu'à il y a douze mois, puis diminution. des menstruations et aménorrhée depuis huit mois. Depuis trois mois, tumeur mobile dans l'utérus, douleurs.

Laparotomie. Tumeur solide des deux ovaires. Guérison Mort par récidive quatre mois après.

*Examen histologique* (Mc Ibroy). — Envahissement du stroma ovarien par des masses et des groupes de cellules carcinomateuses en état de prolifération rapide.

Observation LVI (citée par Dreyfus). — *Carcinome primitif des ovaires* (Lockyer, Soc. obst. London, 1905). — Quarante-sept ans. Célibataire. Aménorrhée en 1904. Tumeur abdominale et ascite.

Opération en mars 1905. Double ovariotomie : cancer

alvéolaire six semaines après, récidive avec obstruction intestinale.

Réopérée : sort cachectique.

Observation LVII. — *Carcinome primitif double* (Mc Ilroy, *J. of obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, 1905). — Entre à Glascow Royal Infirmary une célibataire de trente-six ans.

Depuis un an, dysménorrhée, puis aménorrhée pendant quatre mois.

Les règles sont reparues accompagnées de douleurs et vomissements.

Tumeur ferme, irrégulière, analogue à un utérus gravide.

Au toucher : masse irrégulière, dure, remplissant Douglas et cul-de-sac latéral droit. Cul-de-sac gauche libre. Utérus assez mobile.

*Diagnostic.* — Kyste de l'ovaire avec pédicule tordu probable.

*Laparotomie.* — Tumeur gauche de 2 liv. 3/4, solide avec deux kystes.

Tumeur droite trois fois plus petite.

Au microscope, structure du carcinome diffus.

Mort par récidive après trois mois.

Observation LVIII (*in* thèse Dreyfus). — *Tumeur des ovaires d'origine probablement wolffienne.* — Histoire clinique inconnue.

Ovaires hypertrophiés de la taille d'un œuf. Couleur blanchâtre. Les coupes présentent :

1° Des tubes. Les uns, typiques, à lumière de dimension considérable, et bordés par une basale anhyste sur laquelle s'implantent des cellules cylindriques à protoplasma clair et gros noyau.

Dans certains, les cellules épithéliales prolifèrent; d'autres, par la prolifération exagérée des cellules de la paroi deviennent de véritables boyaux pleins. Plus loin, la basale s'est rompue et les cellules s'essaiment ;

2° Le stroma, constitué par des cellules fusiformes, orientées en travées de sens différents et en tourbillons. Il s'agit de tissu conjonctif irrité et proliférant.

La dégénérescence carcinomateuse est plus accentuée à la périphérie.

Observation LIX (Schenk, *Zeits für Geb und Gyn*,, t. LI, 1904). — Vingt-sept ans, amaigrie. Opérée d'une tumeur solide de l'ovaire gauche du volume d'une tête d'adulte et d'une autre tumeur de l'ovaire droit de la grosseur d'un œuf de poule.

Guérison complète apparente. Mais peu de temps après la malade fut prise de marasme et succomba au bout de six mois.

A l'autopsie : métastases néoplasiques des ganglions péritonéaux, mésaraïques, lombaires, etc.

La tumeur gauche comprend une zone corticale conjonctive se continuant progressivement avec le tissu néoplasique proprement dit, qui sort tantôt fibreux, tantôt myxomateux. Au milieu de ce dernier, on trouve des groupes de cellules arrondies et d'éléments ayant subi la dégénérescence vacuolaire.

La tumeur droite était constituée d'un fibrome riche en cellules avec dégénérescence myxomateuse localisée. Au niveau du hile, on trouve des cellules vacuolaires dans les lymphatiques élargis.

Krukenberg désigne ces tumeurs sous le nom de *fibrosarcomes non co-cellulaires carcinomateux*. Shenk en fait des carcinomes.

Observation LX. (Jeannel et Dambrin, *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1910). — Femme de cinquante ans. Ascite.

Opération le 25 octobre 1895. Laparotomie. Ovariotomie double.

Tumeurs du volume d'un petit œuf d'autruche.

Examen histologique : carcinome.

Résultat éloigné : récidive un an après ; revue en octobre 1896. Mort.

Observation LXI (*id.*). — Femme de quarante-sept ans. Cancer diffus des ovaires remplissant le bassin et ayant dédoublé la cloison recto-vaginale.

Laparotomie le 17 février 1906. Ablation pénible d'une masse bosselée adhérente à tous les organes. Déchirures de la vessie et de l'intestin.

Examen histologique : épithélioma. Mort.

Observation LXII (personnelle). — *Carcinome alvéolaire des deux ovaires.* — Résultat d'autopsie : l'utérus et les deux trompes sont remarquablement sains. *Du côté droit* tumeur à peu près du volume du poing, bosselée, paraissant complètement solide ; cette tumeur se prolonge jusqu'au

niveau de la corne utérine et à ce niveau semble faire corps avec l'utérus.

A la coupe, on voit que la tumeur est complètement solide sans aucune cavité kystique. La surface de section est uniforme, de teinte gris-rosée, parsemée de nombreux îlots jaunâtres qui dénotent une dégénérescence avancée.

*Du côté gauche*, la tumeur présente exactement les mêmes caractères extérieurs ; elle a le volume d'une petite pomme. Il s'agit aussi d'une masse complètement solide ; surface de coupe identique.

Au microscope, malgré l'examen de nombreux fragments pris dans les points les plus divers des tumeurs, nous n'avons pu constater que des lésions de nécrose massive, en bloc, des tissus, empêchant toute coloration des éléments cellulaires.

On constate cependant à un fort grossissement, l'existence de nombreuses cellules, disposées sous forme de traînées infiltrant les mailles d'un tissu interstitiel abondant, ou d'amas volumineux rappelant la structure d'un *carcinome alvéolaire typique*. La diffusion, l'irrégularité et l'abondance des masses épithéliales nécrosées constituent des éléments très particuliers.

Observation LXIII (Vanverts, *Echo médical du Nord*). — Quarante-deux ans, III-pare, bien réglée. Début en mars 1910 par douleurs abdominales et lombaires. Ventre volumineux. Ascite abondante, température le soir, amaigrissement. Grosses nodosités dans la fosse iliaque droite, senties au toucher.

*Opération* le 22 mars 1910. — Ascite foncée. Masse bourgeonnante, avec adhérences, remontant au-dessus de l'ombi-

lic. Utérus encastré ; impossible de reconnaître ce qui appartient à l'un et à l'autre ovaire. Ablation en bloc de l'utérus et des annexes. En septembre état excellent.

Observation LXIV (*Idem*). — Mlle C..., vingt-cinq ans, bien réglée. Douleurs depuis un an, accroissement du ventre, amaigrissement, troubles menstruels. Masse lobulée, sous-ombilicale, un peu mobile. Utérus en antéversion. Douglas bombant. Œdème des membres inférieurs.

30 août 1910. — Laparotomie. Ascite claire abondante. Tumeur bourgeonnante, adhérente en arrière avec l'intestin. L'ovaire gauche présente en un point une saillie en chou-fleur sessile, dont le volume est plus considérable que celui de l'ovaire. Ablation des annexes.

Suites bonnes. Le 20 octobre, bon état général. Embonpoint.

Observation LXV (Personnelle). — X..., trente-deux ans, opérée le 28 juin 1910 par M. le professeur Delassus. Ablation des annexes. Récidive intestinale six mois après et mort.

Première tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, surface lisse, recouverte par une capsule très épaisse, à laquelle adhère en certains points des fragments épiploïques. Quelques kystes séreux ou séro-hématiques apparaissent sous cette capsule.

A la section, la tumeur est constituée par du tissu d'aspect homogène, blanchâtre; elle est manifestement solide dans son ensemble, bien qu'en regardant d'un peu plus près, on voit sur bon nombre de ses points une quantité de petits kystes du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de

blé et allant jusqu'au volume d'un pois et plus. Cette tumeur est donc à la fois kystique et solide, mais manifestement c'est une tumeur solide dans laquelle les kystes n'appaaissent que comme éléments secondaires.

La deuxième tumeur a le volume du poing. Aspect identique à celui de l'autre.

Au microscope, la coupe nous montre l'aspect caractéristique de l'épithélium tubulé. Les éléments épithéliaux se disposent sous forme de tubes à lumière large tapissés le plus souvent d'une seule couche de grandes cellules épithéliales cylindriques. Le noyau est refoulé à la base de la cellule. Le reste du protoplasma est homogène, légèrement granuleux. Un certain nombre de cellules revêtent le type calciforme.

La lumière de ces tubes est plus ou moins distendue par les produits de sécrétion.

La plupart de ces formations tubulées revêtent l'aspect nettement adénomateux. Toutefois le nombre des tubes épithéliaux, l'irrégularité de leur développement et de leur bourgeonnement montrent qu'il s'agit là d'un adéno-carcinome à type tubulé.

Observation LXVI. — X..., quarante-cinq ans, opérée le 6 juin par M. le professeur Duret (1908). Les deux tumeurs des ovaires sont irrégulièrement développées et pèsent 300 et 580 grammes. La surface extérieure est très peu bosselée et limitée par une capsule épaisse uniformément lisse, sauf quelques traces de péritonite adhésive.

La plus petite des deux tumeurs présente à la section, à peu près dans la moitié de son étendue, une cavité kystique

à parois extrêmement lisses et une autre cavité kystique du volume d'une petite orange. Dans tout le reste de son étendue, la tumeur est solide, constituée par un tissu de consistance ferme, homogène, lisse et de coloration jaunâtre.

La tumeur la plus volumineuse ne contient qu'un seul kyste du volume d'un œuf. Tout le reste de la masse est formé par un tissu compact, très dur, d'aspect analogue à la tumeur précédente. On y observe également de nombreux points jaunâtres, et en certains points un tissu rouge rappelant les corps jaunes à leur période hémorragique.

Au microscope : on retrouve dans cette tumeur quelques formations tubulées d'aspect adénomateux ayant l'apparence caractéristique déjà décrite plus haut. Mais ces formations tubulées sont ici beaucoup plus rares. L'ensemble du néoplasme se présente nettement sous l'aspect d'un *carcinome diffus*, dans lequel le stroma conjonctif est envahi et infiltré par des traînées épithéliales extrêmement nombreuses.

En somme, la tumeur est constituée par des formations tubulées qui finissent par revêtir l'aspect d'un carcinome absolument diffus. On peut saisir tous les intermédiaires et les divers termes de passage entre les tubes épithéliaux d'aspect glandulaire, quasi-normaux, et les traînées épithéliales diffusant entre les traînées conjonctives.

Observation LXVII (Personnelle). — Quarante-cinq ans, II-pare. Début par augmentation du volume du ventre, douleurs assez vagues mais persistantes. Irrégularité menstruelle, leucorrhée, pas de métrorragies.

Opérée le 24 janvier 1899. A l'ouverture de l'abdomen, un peu d'ascite d'aspect citrin, et deux néoplasmes des ovaires.

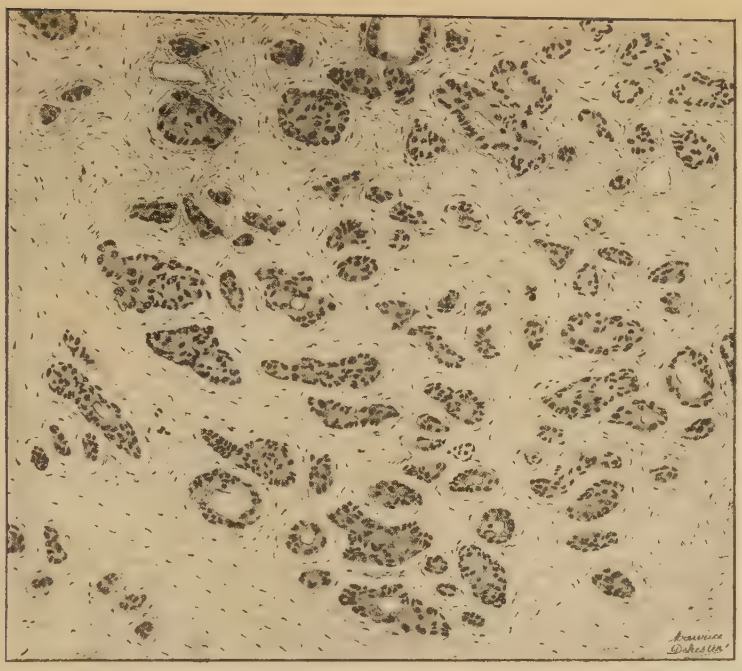
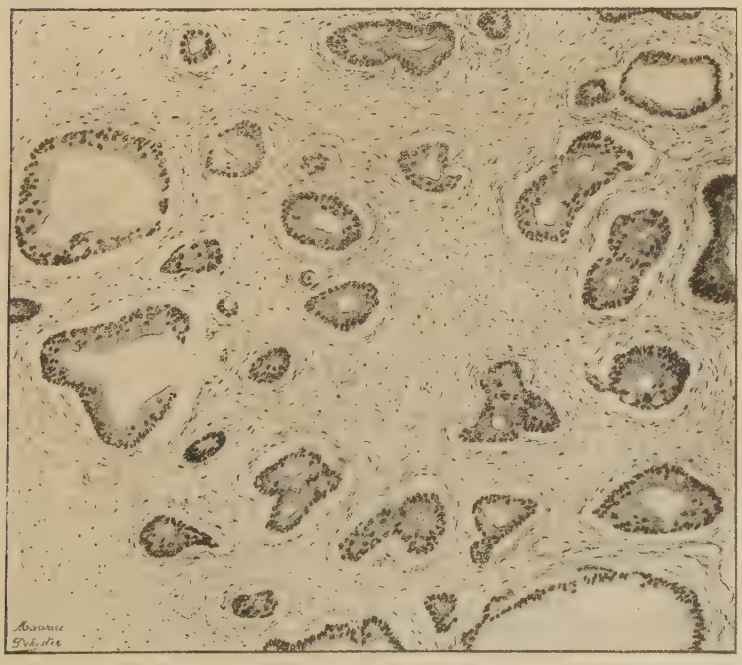


Fig. I. — Obs. LVIII



Fig, II. — Obs. LV

Le premier est du volume des deux poings. Sous la capsule de la tumeur, on voit des bosselures extrêmement irrégulières, séparées les unes des autres par des sillons et qui donnent à la tumeur un aspect irrégulièrement lobulé. Il n'y a pas de végétations à la surface de l'ovaire.

A la coupe, la structure est solide, séparée en un certain nombre de masses distinctes par des travées conjonctives assez épaisses. On y trouve des lésions de dégénérescence graisseuse, diffuses et très prononcées, puisqu'en certains points il se produit du ramollissement du tissu néoplasique avec formations de cavités ou pseudo-kystes par ramollissement.

La deuxième tumeur est un peu plus petite que la première, d'environ un quart ; son aspect extérieur et la surface de section sont identiques à la description précédemment donnée. Les deux caractéristiques sont l'aspect lobulé et la dégénérescence massive d'une tumeur complètement solide.

Histologiquement : *adéno-carcinome typique.*

Les caractères de cette tumeur sont absolument identiques à ceux que l'on retrouve dans l'observation LXV. Il y a cependant ici un degré de plus dans l'intensité de la prolifération cellulaire qui se traduit par le nombre plus considérable de formations tubulées, leur aspect et leur bourgeonnement irrégulier.

Observation LXVIII (Personnelle). — *Adéno-carcinome double.* — X..., trente-cinq ans ; dysménorrhée depuis plus d'un an, ascite assez notable, tumeur ferme, grossièrement lobulée. Utérus peu mobile.

Opérée le 20 novembre 1908 par le professeur Delassus.

L'une des deux tumeurs a le volume d'une tête de fœtus à terme, surface irrégulière, bosselée et complètement recouverte par une capsule. A la section, tissu entièrement solide, formé d'un tissu blanc grisâtre, de consistance assez dure, et par places, entre ces masses solides, d'un tissu hyalin comme vitreux. La tumeur a l'aspect nettement lobulé par endroits ; mais cet aspect est surtout marqué au niveau du second néoplasme dans lequel les lobules sont séparés par des travées conjonctives. On y peut retrouver aussi au sein des tissus néoplasiques des points ayant l'aspect transparent et vitreux comme ceux que nous avons décrits plus haut.

Au microscope, mêmes caractères que dans les observations LXV et LXVII. Adéno-carcinome. Le type carcinomateux est ici très accusé, bien que toutes les formations épithéliales conservent en particulier l'aspect tubulé.

Observation LXIX (Personnelle). — *Carcinome des deux ovaires et noyau carcinomateux dans les téguments au niveau de l'ombilic.* — Mme X..., cinquante ans, entrée le 10 octobre 1911 service de M. le professeur Delassus pour une tumeur du ventre.

Réglée à quinze ans, mariée à dix-sept, elle eut trois enfants âgés de vingt-deux, vingt et quinze ans. Règles normales jusqu'à la ménopause qui s'établit définitivement à quarante-cinq ans et demi. Pendant quatre ans aucun incident jusqu'en avril 1911, au cours duquel la malade eut deux métrorragies assez abondantes qui l'obligèrent au repos. Depuis, elle n'aurait plus constaté que « quelques taches » de sang sur son linge, mais par contre des pertes blanches étaient apparues. En même temps, douleurs dans l'abdomen vagues, mais tenaces, paraissant cependant avoir un point de

départ à gauche dans le bas-ventre, avec des irradiations dans les cuisses et dans le dos. C'est alors qu'elle remarque l'augmentation du volume du ventre qui paraît « balloné » à son entourage. Elle éprouve un peu de gêne à la marche, se fatigue plus vite, mais rapporte ces phénomènes à une tuméfaction faisant saillie au niveau de l'ombilic et qui serait d'après elle « une hernie apparue peu de temps après son dernier accouchement. Elle est amaigrie surtout depuis quelques semaines; le teint est mauvais, jaunâtre; l'état général paraît fatigué. Miction difficile et un peu douloureuse par intermittence. Pas de constipation très marquée.

A l'inspection, le ventre est volumineux et élargi dans les flancs. Vergetures. L'ombilic fait nettement saillie : le palper permet d'y sentir un noyau dur, du volume d'une grosse noix adhérant aux parties profondes des téguments. On sent d'autre part une grosse masse polylobée lisse, remplissant tout le petit bassin, mais occupant surtout la fosse iliaque gauche et l'hypocondre jusqu'au niveau de l'ombilic. Elle est dure, un peu mobile latéralement et présente quelques parties un peu plus saillantes.

Un peu d'ascite. Sonorité dans l'aire comprise entre l'appendice xyphoïde, le bord des fausses côtes et une ligne horizontale passant par l'ombilic ; matité dans les flancs des deux côtés et dans la partie inférieure de l'abdomen.

Au toucher vaginal, col normal. Dans les culs-de-sac latéraux et postérieurs on sent bomber la tumeur qui entoure l'utérus et l'immobilise en avant contre le pubis. Le toucher bimanuel démontre qu'il n'est pas augmenté de volume et que les mouvements imprimés à la tumeur ne semblent pas lui être communiqués directement.

Diagnostic de tumeur de l'ovaire gauche.

Opération le 12 octobre 1911 par M. le professeur Delassus. Incision des téguments circonscrivant la tumeur ombilicale qui se montre alors sous la forme d'un noyau dur, grisâtre et lisse du volume d'une noix. Dès l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un peu de liquide ascitique citrin. On voit alors qu'il s'agit d'une tumeur solide de l'ovaire, grosse comme une tête d'adulte, présentant de nombreuses adhérences épiploïques qu'il faut rompre pour arriver à l'énucléer. Elle repose sur un pédicule très court qu'on coupe sans difficultés.

L'ovaire droit est également transformé en une tumeur grisâtre lisse et dure du volume d'une grosse orange, et c'est celle-ci que le toucher vaginal faisait sentir dans le cul-de-sac de droite sans qu'on pût la démarquer d'avec celle de gauche. Le chirurgien en fait l'ablation avec hystérectomie par le procédé américain. Il subsiste sur le péritoine du cul-de-sac de Douglas des traînées de petits nodules que l'on ne peut prétendre enlever. On referme la partie profonde du vagin. Gros drain par l'abdomen et mèche de gaze ectoganée.

Le soir, un peu d'écoulement. Pouls 76. Douleurs et agitation. Dès le lendemain l'état s'aggrave progressivement et malgré les soins coutumiers en pareil cas, la malade s'affaisse et meurt trois jours après.

*Examen des pièces.* — Macroscopiquement, la tumeur du côté gauche a le volume d'une tête d'adulte ; sa surface extérieure est irrégulière, bosselée, soulevée par un certain nombre de masses solides et de kystes plus ou moins volumineux. A la section, dans la plus grande partie de son étendue, la tumeur est constituée par du tissu blanc rosé de

consistance molle et d'aspect lobulé. Les différents lobes ou grains de la tumeur sont séparés par des travées conjonctives de volume variable dont certaines paraissent même comme œdémateuses. On trouve dans son épaisseur quelques kystes dont le plus volumineux ne dépasse pas le volume d'une noix.

La tumeur du côté droit ne dépasse pas le volume d'une grosse pomme. Toute sa portion externe est complètement solide ; elle présente le même aspect que la première tumeur. La portion interne, celle qui avoisine la corne utérine, est kystique, mais elle est occupée par des végétations qui obstruent la plus grande étendue de la cavité.

A la surface de cette seconde tumeur, au-dessus de la capsule, on observe un certain nombre de végétations qui vont du volume d'un grain de blé à celui d'une lentille et plus.

Il y avait d'ailleurs, on l'a vu, un semi-péritonéal de la partie inférieure de la cavité abdominale et un noyau secondaire, au niveau de la cicatrice abdominale.

Au microscope, structure identique des trois néoplasmes. On aperçoit dans quelques points au sein d'un tissu conjonctif relativement abondant, des tubes épithéliaux de volume différent, tapissés d'une ou plusieurs couches de cellules épithéliales cubiques. Ces tubes ont quelquefois une lumière relativement considérable ; ils sont en certains points ramifiés et anastomosés entre eux.

Si par endroits, cette structure relativement simple rappelant celle de l'épithélioma tubulé est très nette, sur la plus grande étendue des coupes, on voit le néoplasme constitué par des éléments épithéliaux tassés les uns contre les autres,

sans disposition caractéristique, formant des amas très volumineux séparés par de minces travées conjonctives. Leur disposition rappelle absolument celle de l'épithélioma lobulé. On trouve en certains points de grosses cellules ayant les mêmes caractères que celles des tubes néoplasmes, et infiltrés dans les interstices du tissu de charpente.

En somme, épithélioma tubulé analogue à celui que l'on observe dans la plupart des glandes et qui revêt dans certains points l'aspect lobulé par suite de la diffusion des lésions.

### Tumeurs secondaires

Observation LXX. — *Cancer colloïde des deux ovaires secondaire à un cancer de meme nature de l'estomac et du péritoine* (*Sect. Journ. des Path. instit.*, 1887). — G. Anna, morte à cinquante-cinq ans. Poids 27 kilogrammes.

*Autopsie.* — Ganglions inguinaux durs et engorgés. Ascite teinté en rouge. Foie et rate présentent des masses gélatineuses, carcinomateuses. Masses identiques dans le petit bassin. Mésentère et épiploon infiltrés.

Ovaires plus gros qu'une noix et couverts de parties colloïdes, reliés à la surface postérieure du ligament large par un pédicule court, large de 3 centimètres sur une coupe, chaque ovaire est rouge brun, transparent comme du cristal, totalement dégénéré.

Partout sur le péritoine se disséminent des nodosités tantôt transparentes comme du verre et d'un rouge brun, tantôt de consistance plus dure et de couleur blanche.

Observation LXXI. — *Tumeurs épithéliales des ovaires consécutives à un cancer d'estomac* (Souligoux et Deschamp, *Ann. de Gyn. et Obst.*, 1902). — Trente-six ans. Début il y a six mois avec ascite à répétition.

Laparotomie le 6 avril 1901. Ascite couleur petit lait, abondante. Péritoine épaissi et couvert de granulations.

Ovaire droit gros comme deux poings. Ovaire gauche du volume d'un abricot. Tous deux durs et bosselés.

Autopsie six jours plus tard : généralisation cancéreuse péritonéale. Masse néoplasique au niveau de la grande courbure de l'estomac. L'examen histologique montre un épithélium cylindrique.

D'après Milian, les tumeurs ovariennes sont secondaires à la tumeur primitive de l'estomac.

Observation LXXII (Résumée). — *Cancer du pylore et des deux ovaires. Castration abdominale subtotale, gastro-entérostomie postérieure. Un mois plus tard pylorectomie, Guérison* (Hartman, Congrès de Toulouse, 1910). — B..., trente-huit ans, entrée le 29 avril 1910 à Bichat pour vomissements et douleurs abdominales.

Début par crampes d'estomac accentuées à l'occasion d'une grossesse il y a six ans, améliorées après l'accouchement.

En novembre 1909, aux douleurs s'ajoutent des régurgitations acides ; les règles deviennent plus fréquentes ; amaigrissement de 3 kilogrammes. Estomac dilaté, clapotant ; stase gastrique. Présence d'une tumeur abdominale. Quelques douleurs dans le bas-ventre. Vomissements acides.

Mai. — dans le bas-ventre masse ovoïde, lisse, bosselée, se

prolongeant dans le cul-de-sac droit et le Douglas. Toucher douloureux.

En position élevée du bassin, la grosse tumeur ayant filé vers l'ombilic, on sent de l'autre côté du col une tumeur dure, grosse comme une mandarine, différente de l'utérus.

12 mai 1910. — Ablation des tumeurs ovariennes et de l'utérus. Péritonisation. La région pylorique est le siège d'une tumeur blanchâtre. Pour ne pas prolonger, on fait une gastro-entérostomie postérieure.

Suites excellentes. La malade alimentée dès le lendemain ne vomit pas.

14 juin. — Pylorectomie sans incidents. Fermeture de la section gastrique et de la section duodénale, réunion de la paroi à un seul étage avec des fils de bronze, laissant un point ouvert pour le passage d'un drain.

15 juin. — Lavage d'estomac qui ramène des débris de caillots.

La malade sort guérie le 4 juillet.

Examen des pièces par M. Lecène. La tumeur droite lobulée a le volume d'une grosse orange; celle de gauche, celui d'une tête de fœtus.

Au microscope, pseudo-tubes glandulaires tapissés d'épithélium cylindrique présentant des figures de caryokinèse atypique. Il n'existe plus trace d'éléments caractéristiques de l'ovaire normal, en dehors du stroma fibreux.

Le pylore apparaît envahi par un épithélioma cylindrique atypique : adéno-carcinome avec infiltration pariétale.

Il y a identité complète de structure entre la tumeur pylorique très vraisemblablement primitive et les deux tumeurs ovariennes.

Observation LXXIII (Nadig, thèse Zurich, 1900). — A l'autopsie d'une femme morte peu après avoir été opérée d'un cancer du sein, on trouva l'ovaire gauche augmenté de volume très inégal et dur; l'ovaire droit était aussi plus gros.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un cancer secondaire des deux ovaires. Ce qui écarte l'idée d'un cancer primitif, c'est que les noyaux néoplasiques sont nettement séparés du tissu propre de l'ovaire, qu'ils sont multiples, analogues au cancer du sein opéré.

# CHAPITRE VI

## SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Ce serait s'exposer à des répétitions contraires à la clarté du sujet que de décrire une symptomatologie spéciale pour chaque genre de tumeurs solides bilatérales. Du reste, l'ensemble des signes et symptômes présentés est assez uniforme pour justifier une étude synthétique.

De l'examen de nos observations, il résulte qu'il y a lieu de distinguer dans l'évolution de ces tumeurs deux grandes phases assez nettes : une période de début, une période d'état ; c'est dans celle-ci que surviennent surtout les complications.

Le temps pendant lequel le néoplasme reste latent et silencieux peut durer de longs mois : il varie avec l'irrégularité d'accroissement, différent pour chaque espèce considéré et pour chaque malade.

### Signes de début

La femme n'a cessé de vaquer à ses occupations, n'a ressenti aucune fatigue inaccoutumée lorsqu'elle remarque que son abdomen a augmenté de volume,

ou, plus rarement, qu'elle porte une « grosseur » dans le bas-ventre. L'augmentation du volume du ventre, autrement dit, l'ascite, dans beaucoup de cas, peut être la première manifestation du début. Mais il n'en est pas toujours ainsi : dans le fibrome, le sarcome, le cancer non végétant l'ascite est parfois absente ou si peu considérable qu'ils ne sont même pas soupçonnés. Elle est rare dans les embryomes ; seules les tumeurs végétantes s'accompagnent d'un épanchement ascitique assez abondant. Il n'y a rien d'absolu d'ailleurs dans ces faits, et Beuzart considère que l'ascite, moins rare dans le fibrome que ne l'écrivait Dartigues, constitue souvent un signe précoce.

Les *phénomènes douloureux* sont un symptôme fréquemment éprouvé au début. Variables d'ailleurs dans leurs modalités, et nullement en rapport avec le volume de la tumeur. Dans le fibrome, des douleurs se manifestent plus ou moins vagues dans le bas-ventre, ou localisées dans les régions annexielles, ou c'est une simple pesanteur qui attirera l'attention de la malade vers ces parties, première occasion pour elle de remarquer l'augmentation du volume du ventre.

Plus accusées en général, lancinantes ou paroxystiques sont les douleurs dans le sarcome. Spontanées ou provoquées, continues ou intermittentes, elles siègent dans la *région hypogastrique* sans localisation nette, s'irradiant dans les membres inférieurs, les aines, les reins, le périnée ou encore à la vessie. S'établissant un peu à la fois avec exacerba-

tions à chaque période menstruelle, elles peuvent, dans d'autres cas, apparaître brusquement au point que la malade appelle son médecin pour une violente crise de coliques accompagnées de vomissements.

Elles précèdent souvent l'apparition d'une tumeur perceptible. Dans le carcinome, quoique moins vives, les douleurs existent et font rarement défaut. Elles sont cependant plus marquées que dans les tumeurs bénignes (obs. LIV).

Avec la douleur, les *troubles menstruels* attirent les premiers l'attention de la malade ou de son entourage. Elle croit à une grossesse encouragée dans cette idée par l'exagération du volume du ventre, mais une métrorragie ou la constatation d'une tumeur dans la fosse iliaque ne tardent pas à lui enlever cette illusion. Certains auteurs prétendent que ces troubles seraient moins manifestes dans le fibrome que dans le cancer. Ils se caractérisent fréquemment par de *l'aménorrhée ;* les règles diminuent puis se suppriment progressivement pendant plusieurs mois. Cette absence de menstruation peut être précédée de périodes d'irrégularité ou d'abondance passagère. Quelquefois à un temps assez long d'aménorrhée succèdent des hémorragies. Chez les jeunes sujets, les règles ne s'établissent pas ou n'apparaissent qu'une fois seulement. Cette suppression des menstruations est de règle ou presque dans les tumeurs bilatérales, mais elle a été signalée de même dans des observations où l'un des deux ovaires était demeuré sain.

Les métrorragies sont également signalées. Elles s'accompagnent souvent de coliques vives, de douleurs expulsives. C'est surtout dans le sarcome qu'elles paraissent abondantes, au point de devenir inquiétantes par leur répétition. On les observe cependant dans l'épithéliome où elles peuvent ne constituer que le symtôme initial chez des femmes en pleine activité génitale.

En résumé, il est rare que la persistance de la régularité menstruelle soit constatée ; c'est bien plutôt les troubles de la fonction, sa diminution souvent, son excès quelquefois, qu'on relève à la lecture des observations.

Il n'y a rien à dire de la leucorrhée, signe incertain, et qui ne relève peut-être que de l'anémie rencontrée très souvent même au début. Cette anémie en elle-même et l'*amaigrissement précoce* qui l'accompagne, présentent une grande valeur dans toutes les tumeurs de l'ovaire. Soit qu'ils dépendent des hémorragies, des douleurs ou des troubles dyspeptiques, on retrouve ces symptômes particulièrement signalés, aussi bien dans les tumeurs bénignes que dans les malignes, dans le fibrome et les kystes végétants que dans le cancer.

Rien donc dans les symptômes fonctionnels ne peut, d'une manière absolue, faire établir la nature de la tumeur ou son caractère de bilatéralité.

*Signes physiques.* — Augmentation du volume du ventre, un peu d'ascite, quelques dilatations des

veines superficielles : c'est tout ce que donnent les modes extérieurs de recherches.

Le toucher vaginal et surtout le toucher bimanuel pourront faire sentir des ovaires gros comme un œuf de poule ou une mandarine, mobiles mais en général prolabés dans le Douglas, fermes et peu douloureux sous la pression du doigt. L'utérus est le plus souvent balancé en avant derrière la symphyse pubienne.

Ces renseignements doivent dès ce stade faire penser à une tumeur bilatérale solide des ovaires, mais sans faire préjuger de l'espèce dont il s'agit.

### PÉRIODE D'ÉTAT

*Signes fonctionnels.* — Ils restent les mêmes, mais plus accusés.

*L'ascite*, souvent considérable (obs. III, VI, XXIV, XXVII, etc.), traduisant l'irritation péritonéale, peut faire complètement défaut (obs. XXXI). Considérée par Dartigues et Olshausen comme rare dans les fibromes et sarcomes, elle est fréquente au contraire pour Ladouce et Beuzart. Pour Massabuau, elle le serait surtout dans le cancer ; c'est ce qui nous a paru exact dans bon nombre de cas, mais sans abondance très marquée.

Elle se présente sous forme de liquide citrin, transparent, répondant d'après Massabuau à cette formule :

| | |
|---|---|
| Lymphocytes..... | ää 45 o/o. |
| Mononucléaires.... | |
| Polynucléaires..... | 10 o/o. |

Mais ces caractères peuvent changer, et en dehors de son abondance, l'ascite s'élève même au rang de complication quand elle devient hémorragique ou récidivante après les ponctions (obs. XVIII).

L'ascite hématique serait fréquente dans les tumeurs malignes; par contre elle peut manquer totalement dans le sarcome. Elle semble plutôt en rapport avec l'existence de végétations externes (obs. XXXVII) qu'avec la nature de la tumeur, et devant l'inconstance de ces caractères il n'est guère possible d'établir quelque indication sérieuse pour le diagnostic.

Ce sont bien plutôt les éléments néoplasiques centrifugés du liquide retiré qui établiront la variété, malheureusement, ils n'apparaissent souvent qu'à une période avancée.

Au lieu de présenter ce caractère hémorragique, l'ascite peut être formée d'un exsudat gluant, filant, colloïde, qui imbibe mal les compresses. C'est alors une véritable sécrétion de la tumeur produite par les végétations papillaires de celle-ci, ou par la rupture d'une poche kystique dans le péritoine.

L'ascite est parfois d'une abondance extrême, et nous a paru se reproduire fréquemment et en énorme quantité dans les tumeurs bilatérales. La malade de notre observation XIII avait été ponctionnée quatre fois; trois fois dans notre observation XVIII; dix

fois dans l'observation XXIX, etc. Ces ponctions sont nécessitées par des troubles de compression et les symptômes habituels de l'ascite : dyspnée, œdème, etc.

Par sa diffusion dans la cavité abdominale, le liquide ascitique va greffer au hasard des contacts, la cellule épithéliale qui reproduit un peu partout une tumeur conforme à son origine. Aussi en va-t-il surtout dans les cancers végétants.

C'est dans ceux-ci encore, que l'ascite manquant quelquefois, les végétations s'effritent par suite des frottements de l'intestin et saignent dans le Douglas, y produisant une véritable « hématocèle néoplasique ». Mériel en a observé un cas typique.

On le voit, l'ascite est un symptôme de réelle importance, mais seul, les caractères du liquide seraient-ils modifiés, ce symptôme n'a point de valeur absolue. Il n'acquiert de véritable vertu diagnostique que s'il apparaît joint à d'autres signes : métrorragies, tumeur.

Les *troubles menstruels*, fréquents, nous l'avons dit au début, s'observent mieux encore à la suite de l'évolution des néoplasmes. Mais de même qu'il se produit quelquefois de l'aménorrhée ou des hémorragies, de même les règles peuvent rester normales. Il arrive encore que métrorragies et tumeurs aient une apparition simultanée et que certains cas, des cancers en particulier, présentent une histoire clinique purement hémorragique.

Dans le fibrome et le sarcome surtout, les métrorra-

gies semblent dues, autant qu'aux lésions annexielles, au volume et au développement des tumeurs qui compriment l'utérus et y amènent de la congestion passive.

Ces *phénomènes de compression* peuvent se produire à distance sur les nerfs, les vaisseaux, les viscères.

La compression des trajets nerveux se manifeste d'ordinaire par de la douleur qui n'a d'ailleurs rien de plus constant que les symptômes étudiés jusqu'ici.

En fait, les douleurs vives que nous avons signalées au début du sarcome s'observent moins souvent dans la période d'état où elles ne présentent pas d'autres caractères qu'elles n'en ont dans les autres variétés. Même irrégularité dans l'épithélioma : moment d'apparition, intensité, irradiation abdominale ou lombaire, varient dans toutes proportions et font quelquefois défaut,

Ainsi, dans toutes ces tumeurs ovariennes, il ne saurait y avoir un rapport de causalité entre l'évolution de la tumeur et les phénomènes douloureux.

La compression des vaisseaux détermine l'œdème des membres inférieurs, qui, combiné à l'ascite, s'étend parfois aux régions hypogastrique et vulvaire. Peu fréquent dans le fibrome et le sarcome, ou du moins inégalement observé, cet œdème est en général tardif. Nous l'avons rencontré plusieurs fois dans nos observations, ce qui tendrait à faire croire qu'il apparaît davantage dans les tumeurs doubles.

Sa précocité, qui permettrait de penser à des compressions par des ganglions infectés, ferait porter un pronostic sérieux de malignité.

Il faut arriver à un stade plus avancé, alors que les tumeurs enclavées derrière l'utérus sont devenues complètement immobilisables, pour observer des troubles nets de compression sur la vessie et le rectum, se traduisant par de la dysurie et de la rétention des excréta. Quand il s'agit de fibrome et de sarcome en particulier, qui demeurent plus longtemps libres d'adhérences, les malades ne se plaignent que de troubles d'ailleurs supportables de dyspepsie et de quelque difficulté des mictions.

*Palpation.* — Les renseignements que fournit le palper, outre l'ascite, portent sur le siège, la forme, le volume, la mobilité, la consistance, la sensibilité des tumeurs, et enfin la présence de ganglions pelviens et abdominaux. Tous ces caractères n'ont aucune spécificité manifeste.

Le toucher vaginal qu'on doit toujours lui combiner, donnera plus de précision aux renseignements de la palpation. L'utérus est en général coincé derrière la symphyse pubienne par les deux tumeurs qui bombent dans le cul-de-sac de Douglas et dans les culs-de-sac latéraux. Mais le doigt qui touche et la main qui palpe à l'extérieur ne peuvent apprécier avec certitude à quelle variété de tumeur l'on a affaire.

Le point le plus important en fait de diagnostic est la délimitation d'avec l'utérus. Il faut bien étudier la

transmission à celui-ci des mouvements imprimés extérieurement aux tumeurs, et rechercher patiemment le fond utérin, en s'aidant s'il est nécessaire de la méthode de la position élevée du bassin. Dans quelques cas on peut y parvenir, et constater qu'utérus et tumeurs se déplacent indépendamment l'un de l'autre. Mais il arrive que la distinction reste impossible et que le diagnostic demeure en suspens entre tumeur de l'ovaire et néoplasme utérin.

Parfois, un sillon plus ou moins marqué permet de diagnostiquer une tumeur de chaque ovaire mais quand les deux tumeurs ont atteint de fortes proportions cela devient obscur. Il faut savoir penser à la bilatéralité des néoplasmes quant au toucher les deux culs-de-sac sont remplis et que l'utérus se trouve immobilisé en avant.

L'examen est difficile dans certains cas, quand les parois du vagin, tassées en arrière des grandes lèvres fortement œdématiées, viennent arrêter le doigt. Alors, le *toucher rectal* aide au diagnostic en délimitant plus nettement les tumeurs ou le corps utérin.

Il est possible d'espérer que les progrès de l'hématologie, et l'étude mieux avertie des réactions hémolytiques apporteront un jour des signes permettant un diagnostic certain entre tumeurs malignes et tumeurs bénignes. Actuellement aucune description de symptômes n'est absolue et beaucoup de faits sont demeurés obscurs.

Une telle difficulté de diagnostic s'accroît encore en

cas de coexistence avec les néoplasmes ovariens de tumeur utérine, de lésions des annexes, ou de complications.

La plus fréquente parmi celles-ci, mieux connue depuis les travaux de Jayle et Bender et de Guibé notamment, paraît être la *torsion du pédicule*. On en connaît une bonne cinquantaine de cas dans les tumeurs solides de l'ovaire, dont quelques observations de tumeurs bilatérales. Elle se produirait dans 2 o/o des cas pour Coignerai, dans 10 o/o pour Bruggs et Walker et jusqu'à 40 o/o pour Martin.

D'après la loi de Kuster-Cario, les tumeurs droites se tordent de droite à gauche et les tumeurs gauches en sens inverse. Deux sortes d'accidents en résultent, aigus ou chroniques, selon que la torsion pédiculaire s'effectue incomplètement ou que l'étranglement brusque des tours de spire interrompt la circulation de la tumeur avant qu'elle n'ait contracté des adhérences avec les organes voisins. Rien ne préserve ici le néoplasme de la gangrène avec des conséquences péritonitiques fatales. Il en peut résulter encore, comme l'ont signalé Hoche et Vautrin, des suppurations intranéoplasiques qu'ils attribuent à des infarctus dégénérés ou à une *fibromite* du néoplasme étranglé. Dans quelques observations, le phénomène ne produit pas d'accidents apparents, et la laparotomie seule fait découvrir un ou plusieurs tours de spire et un épanchement d'origine sanguine à l'intérieur de la ou des tumeurs.

Disons un mot de la *grossesse compliquant l'exis-*

*tence de tumeurs solides.* D'après Coudert qui a spécialement étudié la question, la grossesse donne un coup de fouet à l'évolution des tumeurs, les augmentant de volume, précipitant leur marche surtout s'il s'agit de sarcome ou de tumeur maligne.

L'influence des tumeurs sur l'utérus gravide varie sensiblement avec leur volume. Tolérées quand elles sont petites, elles modifient, quand elles ont acquis quelque dimension, la situation de l'utérus gravide et provoquent l'accouchement prématuré. Si elles compliquent une rétroversion chez une femme enceinte, des symptômes très graves commandent une intervention devenue inéluctable.

De l'étude des statistiques, il résulte que ce sont les embryomes qui coïncident le plus souvent avec une grossesse : avec les conceptions de Baudoin que nous avons rappelées au chapitre d'anatomie pathologique on en vient à penser que l'embryome serait comme le vestige d'une grossesse ovarienne avortée, et à se demander s'il ne s'agirait pas là d'une sorte de superfœtation plutôt que d'une simple coïncidence.

L'influence des tumeurs sur le travail varie avec la situation qu'elles occupent : peu compliqué, si elles sont abdominales, l'accouchement se présente dans des conditions de dystocie graves dès qu'une tumeur est en partie fixée dans le pelvis. Inversement le travail amènerait des modifications dans les éléments anatomiques de la tumeur.

Le pronostic des tumeurs solides, compliquant une grossesse, est très grave, d'autant plus que le

diagnostic est souvent insuffisant, et l'intervention ajournée. Mérial porte la mortalité de la mère à 62 o/o et la mortalité infantile à 70 o/o des cas. Aussi les auteurs conseillent-ils en majorité avec Pinard et Pozzi d'opérer précocement durant la grossesse dès que le diagnostic de tumeur ovarienne est porté. Lors du *post-partum*, la présence d'une tumeur ovarique expose à de graves dangers. Nous verrons comment et quand il faut intervenir.

Tous ces accidents que nous venons d'examiner précipitent le cours des événements et pour une part sont responsables du dénouement fatal à brève échéance.

La mort peut survenir également après une évolution particulièrement rapide : ce sont des formes qu'on observe surtout chez les sujets jeunes.

Dans les autres cas, les périodes se succèdent lentement, et la mort après des mois ou des années n'est que le résultat de la cachexie suite de la généralisation du processus malin.

Les fibromes, nous l'avons vu, ont une tendance vers l'évolution maligne, et se muent le plus ordinairement en fibro-sarcomes. Kratzenskein a montré, entre autres, l'absence fréquente de récidive de ces dernières tumeurs après ablation : c'est un point intéressant de leur histoire.

Quant aux embryomes sur lesquels on discute tant, il faut penser à leur transformation maligne dès qu'on constate une augmentation brusque et progressive dans leur développement.

Beuzart conclut que ce signe, d'ailleurs, doit attirer l'attention du côté de la dégénérescence de toute tumeur jusqu'alors apparemment stationnaire et bénigne.

Mais, en général, mises à part les tumeurs malignes papillaires, ce qu'il faut remarquer, c'est la lenteur d'évolution relative des tumeurs solides uni ou bilatérales de l'ovaire et l'époque tardive de leur généralisation. L'ayant déjà constaté, Ladouce avait proposé l'hypothèse de *cancer fermé*, inclus dans une coque épaisse, sans communication avec l'extérieur. C'est une raison; il y en a une autre. On commence à croire que la sécrétion interne de l'ovaire joue vis-à-vis des embolies cancéreuses un rôle que Offergeld a mis en relief. Cet auteur, après avoir remarqué que les métastases cancéreuses se faisaient rarement et très tard dans les glandes à sécrétion interne, émet l'opinion que l'organisme a dévolu à ces organes une vertu spéciale contre la toxine cancéreuse. Il faudrait, dès lors, que les fonctions antitoxiques aient disparu, autrement dit que la sécrétion interne de la glande ait cessé, pour qu'elle puisse devenir le siège de métastases du cancer. C'est pourquoi la ménopause ou des lésions locales dont nous avons parlé apparaissent comme des moments favorables à l'établissement et à la propagation du néoplasme. Pour les mêmes raisons, l'ovaire infantile où la sécrétion interne du corps jaune n'existe pas, semble offrir un siège de prédilection aux proliférations sarcomateuses.

Quand elles s'observent. les métastases se distribuent d'abord dans le tissu sous-péritonéal, par l'intermédiaire des ganglions sous-séreux, ainsi que le croit Dreyfus, puis aux ganglions pré-vertébraux, puis sur les organes avoisinants : estomac, foie, ganglions bronchiques, et le poumon.

Delbarie a signalé une généralisation portant à la fois dans l'ovaire, le sein et la cuisse avec fracture spontanée du fémur.

A part la distinction à faire avec les néoplasmes utérins dont nous avons parlé, le diagnostic différentiel se ramène en somme à quelques hypothèses. Au début on peut confondre les tumeurs ovariennes solides avec : ovarite et lésions annexielles, hématocèle pelvienne, grossesse extra-utérine et tumeurs des trompes.

Les anamnestiques, la connaissance d'une inflammation antérieure des annexes ou de l'utérus, la sensibilité des lésions, seront autant de garanties contre la confusion première.

L'hématocèle pelvienne s'accompagne de réactions caractéristiques à son origine. De même la grossesse utérine, qui est toujours d'un diagnostic délicat, se présente avec des phénomènes bien spéciaux, et elle ne peut tromper qu'un temps.

Pour les tumeurs des trompes, parfois bilatérales, l'hésitation peut être plus réelle et il est des cas où le diagnostic ne se fera qu'après laparotomie.

A la période d'état, l'erreur a été faite avec la grossesse (obs. XVI). Elle est possible surtout s'il

y a des parties kystiques qui passent alors pour de l'hydramnios,et d'autres dures qui simulent des pôles ou des membres. Il faut alors rechercher les mouvements fœtaux, les bruits du cœur, les sensations des contractions utérines, l'engagement d'un pôle dans le bassin.

Le cas de grossesse coexistante avec une tumeur bilatérale, peut impliquer des difficultés extrêmes de diagnostic. Nous croyons que dans le doute et devant un état grave de la patiente, la question d'une intervention opératoire aurait le droit de se poser.

La confusion avec la *péritonite tuberculeuse* n'est pas toujours évitable si elle coexiste avec la tuberculose des annexes, et il peut être prudent de rester dans le doute.

Mais la présence d'une masse d'origine pelvienne, indépendante de l'utérus, irrégulière, renfermant d'ordinaire des parties kystiques, remplissant ou non le Douglas, s'accompagnant de troubles menstruels divers et d'un amaigrissement presque toujours rapide sont en faveur d'une tumeur de l'ovaire.

Le diagnostic des complications, nous l'avons indiqué en en décrivant les symptômes. Il est d'autant plus important qu'il commande des décisions plus précises et plus promptes.

## CHAPITRE VII

### TRAITEMENT

Il est le même dans les tumeurs uni ou bilatérales solides de l'ovaire. Le diagnostie posé de tumeur mobilisable doit dans tous les cas faire conclure à l'extirpation sans délai. *Puisque aucun symptôme jusqu'à présent n'est pathognomonique de la nature du néoplasme*, l'intervention précoce apparaît comme une nécessité.

Même l'immobilité de la tumeur ne peut être une preuve de l'inopérabilité, et aucun signe absolu ne la démontre avant la laparotomie explorative. C'est « la main dans le ventre » que le chirurgien jugera s'il faut poursuivre l'opération ou y renoncer. Il doit savoir que l'ablation des tumeurs malignes de l'ovaire donne des résultats très favorables même dans le cas que l'on devrait considérer comme inopérables en raison de l'extension du néoplasme aux tissus voisins. Les tumeurs de l'ovaire se présentent à ce point de vue dans des conditions très différentes de celles des tumeurs malignes des autres régions, et souvent, on aura le droit de tenter l'extirpation mal-

gré l'existence d'adhérences et même d'une propagation néoplasique pourvu que celle-ci soit limitée.

Il est évident que dans le cas de tumeur double c'est une double ovariotomie qu'il est nécessaire de pratiquer.

Étant donné même la bilatéralité très fréquente des lésions, l'ovaire opposé paraîtrait-il sain, la question se pose toujours de l'ablation totale des annexes. Dans certains cas, le plus conservateur devient celui qui craint d'hésiter.

Il doit en être ainsi dans tous les cas de fibrome double, mais aussi dans celui de fibrome *unilatéral dégénéré*. C'est une imprudence que, bien des fois, l'évolution du processus malin peut rendre fâcheuse, que de s'arrêter à la conservation d'un ovaire dont on n'est jamais sûr.

Dans les cancers, sarcomes ou épithéliomes, aucune tergiversation n'est permise ; la castration uterovariennne même chez les femmes jeunes nous paraît le traitement de choix.

Il est vrai que bien des chirurgiens s'en sont dispensés dans nombre de cas sans en remarquer d'inconvénients dans l'avenir, et ne croient utile l'extraction de l'utérus que si elle vient faciliter l'intervention. Vanverts a publié en 1910 17 observations de tumeurs cancéreuses uni ou bilatérales des ovaires où la guérison s'est maintenue alors que deux fois seulement l'hystérectomie avait été pratiquée. On peut croire toutefois que ces faits n'ont pas assez de recul pour trancher le débat.

Cette castration double suivie d'hystérectomie complémentaire totale ou subtotale, quoi qu'en dise Hofmeier, ne donne pas, ajoutons-le, une mortalité plus élevée que la castration unilatérale : les chiffres de Dreyfus et de Pfannenstiel le prouvent. Elle peut être de plus une juste précaution, des observations de Lockyer dans le *New-York Journal* ayant montré que les trompes et l'utérus macroscopiquement sains peuvent être infiltrés et renfermer un néoplasme à ses débuts.

Aussi « la castration utérine complémentaire de l'ovariectomie est parfaitement bénigne et parfaitement légitime, « encore bien même l'utérus serait-il d'apparence saine et les pédicules de confection facile ».

Le pronostic opératoire est en somme bon par lui-même. De 100 cas d'ovariotomies pour tumeurs malignes pratiqués par Olshausen à Berlin et publiés en 1897 par Kratzenskein, 28 malades avaient succombé aux suites opératoires.

Cette mortalité s'abaisse à 21 o/o de 1891 à 1900 dans les 372 observations publiées par Estor et Puech dans *la Revue de gynécologie*. De 1900 à 1910, d'après les documents inédits colligés par Mériel, on ne trouve que 17 morts opératoires sur 398 cas, soit une proportion de 4 à 4,5 o/o.

Les résultats définitifs varient avec l'espèce des tumeurs considérées.

Les fibro-sarcomes n'ont présenté aucun cas de récidive dans les 100 ovariotomies d'Olshausen.

L'observation XVII montre cependant que ce n'est pas un fait absolu.

Les cancers solides sont redoutables et récidiveraient neuf fois sur 10 cas opérés. Mais, fait curieux à constater à l'inverse de ce qui se passe dans les autres organes, les sarcomes présenteraient un pourcentage de survie notable bien plus fréquent que les carcinomes.

C'est aussi la conclusion d'Estor et Puech qui comptent 59 o/o de récidives sur un total de 176 observations.

Mériel dans des documents récents relève que la récidive s'est produite :

| | |
|---|---|
| Avant 3 mois..... | 1 fois |
| De 3 mois à 1 an..... | 4 fois |
| De 1 an à 3 ans..... | 3 fois |
| Après 3 ans..... | 1 fois (Deletrez après 10 ans). |

sont restés sans récidives :

| | |
|---|---|
| 4 mois..... | 1 fois |
| 2 ans..... | 1 fois |
| 2 à 10 ans..... | 28 fois (Pauchet) |
| 18 ans..... | 1 fois (Monlonguet). |

Velitz se basant sur le pronostic meilleur du sarcome de l'ovaire et parce qu'il le croit moins souvent double, propose de faire, dans ce cas, une simple ovariotomie unilatérale. Nous avons vu ce qu'il faut penser de la fréquence notable de la bilatéralité du sarcome ; et, d'autre part, il nous paraît impossible

macroscopiquement de le distinguer de l'épithéliome lors de la laparotomie.

*Au cours de la grossesse*, le traitement varie suivant la période à envisager. Nous avons déjà dit, d'accord avec les auteurs, qu'il faut opérer précocement dès le diagnostic établi chez la femme enceinte.

Pendant le travail, on devra toujours tenter de refouler la tumeur au-dessus de la cavité pelvienne. Ce procédé n'étant qu'un pis-aller, et devenant impossible surtout en cas de tumeur bilatérale, c'est la laparotomie qu'il convient de faire. Jardine cite le cas d'un kyste dermoïde intra-pelvien qu'il dut enlever par cette voie, après quoi il termina par une application de forceps : la femme guérit sans incident. Dans certains cas difficiles, il vaut mieux pratiquer d'emblée l'opération césarienne, conservatrice ou suivie d'un Porro.

Lors du *post partum*, d'après Mac Kerson, sans opération, la mortalité s'élève à 28 o/o. Il faut donc intervenir sans attendre plus de deux ou trois jours. C'est courir le risque de complications et de conditions défavorables que de patienter au delà de ces limites.

Suivant les enseignements de Pinard, il est bien entendu qu'après toute intervention chez la femme enceinte il faut savoir employer la morphine en injection pendant les quelques jours suivants.

Il nous reste à parler de l'extirpation des tératomes.

Voici le résultat de ces ovariotomies, indiqué par Pfannenstiel.

| | | |
|---|---|---|
| Embryomes kystiques. | Guérisons complètes | 87 o/o |
| | — incomplètes | 6 o/o |
| | Morts | 6 o/o |
| Tératomes et tumeurs mixtes. | Guérisons | 89 o/o |
| | Morts | 16 o/o |

Tout embryome reconnu doit donc imposer une intervention radicale: telle est la conclusion qui résulte de la bénignité relative de l'intervention, des résultats éloignés et de la possibilité de dégénérescence maligne dans ce genre de tumeurs. Les granulations péritonéales rencontrées lors de ces interventions n'ont pas à inquiéter le chirurgien. Pseudométastases d'origine purement inflammatoire, elles ne tardent pas à regresser après l'opération.

*En résumé*, les moyens modernes reculent les limites de l'opérabilité, et l'excellence du pronostic thérapeutique permet aujourd'hui une initiative plus hardie et une confiance plus assurée dans la sécurité du traitement radical opératoire.

# CONCLUSIONS

I. — On peut désigner sous le nom de tumeurs solides bilatérales des ovaires, les néoplasmes ovariens doubles formés exclusivement de parties solides, ou dans lesquelles les éléments solides l'emportent nettement sur les formations kystiques, — sans préjuger de leur nature histologique, de leur origine et de leur évolution clinique.

II. — Histologiquement, elles se distinguent en homotopiques, hétérotopiques et tumeurs secondaires.

Les premières comprennent à la fois des tumeurs de la série conjonctive et de la série épithéliale, de nature bénigne ou maligne. Les secondes, des embryomes et des tumeurs mixtes. Les tumeurs secondaires, fréquentes, sont des cancers métastatiques.

III. — La bilatéralité des tumeurs solides des ovaires se présente avec une fréquence remarquable qui varie suivant l'espèce considérée. Elle est environ :

de 75 o/o dans les tumeurs végétantes, papillaires ;

de 40 o/o dans les carcinomes ;

de 25 o/o dans les sarcomes ;

de 10-20 o/o dans les embryomes ;

de 7 o/o dans les fibromes ;

de 100 o/o dans les tumeurs secondaires.

IV. — L'âge d'apparition semble évoluer chez l'adulte pendant toute la période génitale active principalement. On y remarque cependant deux périodes à maxima : la ménopause et la puberté.

Les fibromes se manifestent surtout de trente-cinq à cinqnante ans.

Les sareomes, de quinze à vingt cinq ans : de quarante à cinquante ans.

Les tumeurs végétantes et les carcinomes aux mêmes époques, mais davantage de quarante à cinquante ans.

Les tumeurs de l'enfance, qui sont particulièrement des sarcomes, évoluent autour de la quinzième année.

V. — La pathogénie du cancer ovarien, obscure et discutée, se rattache à quelques théories principales :

*a*) La théorie parasitaire, non démontrée et peu acceptée ;

*b*) La théorie karyogamique de Klebs ou de Hallion ;

*c*) La théorie de l'irritation et de la sélection cellulaire pathologique ;

*d*) La théorie embryonnaire de Conheim.

Ces dernières, celle de Conheim surtout, sont actuellement les plus en faveur et paraissent acceptables pour nombre d'épitheliomas et pour les embryomes.

La bilatéralité, si fréquente, s'expliquerait :

1° Ou par la simple coexistence de deux tumeurs

identiques développées spontanément chacune pour leur propre compte ;

2°) Ou par la contagion.

Cette opinion dernière prime pour les tumeurs papillaires et pour les tumeurs secondaires.

VI. — Les symptômes ne présentent guère de différence avec ceux des tumeurs unilatérales, sauf dans quelques cas où l'examen de la malade permet de reconnaître les deux tumeurs. Cependant il se produit souvent que le diagnostic n'est point posé : la fusion des deux néoplasmes ou leur accolement rend impossible la destruction de l'un et de l'autre.

Quant à la nature de la variété, aucun signe n'en est pathognomonique, et dans la plupart des cas l'examen macroscopiqne ne suffit pas, l'examen microscopique seul tranchera la question.

VII. — Une double évolution se remarque dans les tumeurs solides de l'ovaire : d'une part la marche rapide de certaines formes ou le brusque dénouement au milieu d'accidents de péritonite ou de torsion pédiculaire ; d'autre part l'évolution lente, aboutissant après des mois ou des années aux dégénérescences malignes et à la cachexie.

Cette lenteur d'évolution, plus fréquente chez l'adulte, et contrastant avec celle des tumeurs des autres organes, s'explique :

1° Par ce fait que bien des sarcomes sont des fibromes dégénérés, par suite longtemps tolérés.

2° Parce que le cancer de l'ovaire est un *cancer fermé*.

3° Parce que la sécrétion interstitielle de l'ovaire et des glandes à sécrétion interne en général favoriserait la défense de l'organisme contre les toxines et les embolies cancéreuses.

VIII. — Des statistiques du traitement des tumeurs solides bilatérales de l'ovaire, on peut déduire que les résultats sont relativement bons et le pronostic à distance favorable ;

Dans tous les cas, l'intervention qui s'impose est l'ablation des annexes. Même quand un seul ovaire paraît atteint, il importe d'examiner le second avec le plus grand soin et d'en pratiquer l'extraction si l'on a le moindre doute sur son intégrité absolue.

L'ablation des annexes peut être suivie d'hystérectomie subtotale ; mais cette intervention complémentaire ne serait pas indispensable dans tous les cas.

En présence de tumeurs bilatérales des ovaires, le chirurgien doit vérifier l'intégrité du tube digestif de son opérée, et réciproquement en face d'un cancer des voies digestives, il doit rechercher l'état des ovaires.

La coexistence de la grossesse et de tumeurs solides bilatérales commande des interventions dont le choix et le moment varient avec la période considérée.

---

Vu : le Président de thèse,
PAUL SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Abadie. — Tum. sol. bilat. de l'ov. (Bullet. Soc. anat, 1902 p. 392 et Ann. de Gyn., 1902, p. 62).

Aldibert. — De l'ovariotomie chez l'enfant (Ann. de Gyn. 1893, p. 201).

Amann — Monat, f. feb. u. Gyn. Berlin, 1894, t. VII, p. 131.

Apostokalis. — Thèse de Montpellier, 1898.

Ardouin. — Soc. anat., 1898, p. 392.

Bady et Lard. — Epith. de l'or (Lancet, 1900, t. II, 735).

Barbour. — Endoth. scotl. med. and Surg. Journ, 1905, p. 497.

Bard. — Des tumeurs à tissus multiples (Lyon médical, 1888).

Beuder et Heitz. — Soc. anat. Paris, mars 1903, p. 241.

Beuzart. — Thèse de Paris, 1906-1907.

Bœhme. — Perithelioma. Thèse de Munich, novembre, 1902.

Buggs et Walker. — The journal of obst. and. Gyn. t. VIII, 1908.

Bruckner. — De l'endothél. de l'ov. (Rev. de Gyn. et chir. Abd, 1902, p. 459).

Cazenave. — Papillonies. Thèse de Paris, 1894.

Coblenz. — Zeit. f. geb. und Gyn., 1882, t. VII, p. 14.

Codet et Boisse. — Thèse de Bordeaux, 1904, t. LXXXV.

Cohn. — Tum. mal. de l'ov. Z, f. geb. u. gyn, 1886.

Coignerai. — Thèse de Paris, 1901-1902, t. XI.

Collins. — Solid. Tum. of. ov. (Lancet, 1902, t. I, 1395).

Coudert. — Thèse de Paris, 1903-1904.

Cornil. — Leçons sur les Tum. sol. de l'ov (Jour. des conn. med, 1893).

Cullingworth. — Journ. of obst and Gyn., 1904, t. V et VI.

Danel. — Thèse de Paris, 1899, et Journ. des sc. méd. Lille, 1907.

Dartigues. — R. de gyn. et chir. abd., 1899, p. 601 et 793.

Debuchy. — Thèse de Paris, 1900.

Degardin. — Tum. végét. de l'ov. Thèse de Paris, 1900-1901.

Symély (de). — Trait. prat. de gynéc., 1884.

Suicty (de) et Malassez. — Bull. de la Soc. anat., 1876, p. 540 ( Archiv. de physiol., 1878, 1879, 1880, 1881).

Delbet (Pierre). — Le Dentu et Delbet, I, 540.

Dobratvorsky. — Thèse de Paris, 1902-1903.

Doran. — Journ. of Obst and. Gyn. of. the Brit. Emp., 1904.

Dreyfus. — Thèse de Paris, 1906-1807, t. VIII.

Dubois. — Thèse de Paris, 1897-1898.

Dudgeon. — Tératome malin (J. of. obs. and Gyn.. of the. Brit. E., 1906, IX).

Duret. — Bull. méd., 28 sept. 1892, et Congrès de Bruxelles, 1892.

Duval. — Art. ov. in Dict. Jaccoud, t. XXV.

Edge. — Carcinome double. Récidive (Br. Gyn. J., 1905-1906, XX, 257).

Estor et Puech. — Tr. chir. du canc. de l'ov. (Revue de Gyn., 1900, IV, 949. — Montpellier médical, 1901, XII, 129).

Estor. — Tumeurs végétantes de l'ov. (Gazette des hôpitaux, 1906, p. 483).

Eudes. — Thèse de Paris 1906-1907. Tumeurs de l'ov. et menstruation.

Fanner, Moore, Walker. — Proc. roy. soc., vol. LXXII, 1904-1905.

Fischel. — Arch. f. Gyn., 1879, t. XV.

Forgue et Massabuau. — R. de gyn. et chir. abd., 1907.

Freund. — Zeits. f. Gel. u. Gyn., XVII, 1.

FRANKEL. — De la Malignité des T. papill de l'ov. (Deutsch. med. Woch., 1891, n° 6).
GASCHEAU. — Thèse de Paris, 1902-1903.
GAUDIER. — Ann. de Gyn., 1910, p. 597.
GLOCKENER. — Carcin. second. de l'ov. (Arch. f. Gyn., 1904, LXXII, 410).
GOBIET. — Wener. Klin. Woch., 1909, p. 121.
GODART. — Endoth des deux ov. (Ann. de gyn., juillet et octobre 1902).
GOLSCHMANN. — Thèse de Paris, 1908-1909, t. XVIII.
GRAVELME. — J. des sc. méd. de Lille, février 1908.
GREISFWALD. — Thèse de Munich, 1897.
GUIBÉ. — Semaine gynéc., 1909, p. 114.
GOUILLOUD. — Lyon médical, 17 mars 1907.
GUNDELACH. — Ascite sympt. des tum. de l'ov.
HALLION. — Presse médicale, 1907.
HARTMANN. — Ann. de gyn. et d'obst., octobre 1910, p. 599.
HEIME. — Tum. sol. de l'ov. (Diss. Erlangen, 1894).
HEUROTAY. — Bull. de la Soc. belge de gyn. et obst., 1904-1905, p. 58.
HERZOG. — Berl. Klin. Woch., 1897, XXXIV, 114.
IBROY (Mme Mac). — J. of obst. and Gyn. Br. Emp., juin 1905 et 1906, p. 331.
JAYLE et BENDER. — Revue de gyn. et chir. abd., 1903-1904.
JOHNSTON. — Cincinnati Lancet clinic., 1903, p. 514.
JONNESCO. — Soc. chir. Bucarest., 1902, V, et 1903. VI.
JOUIN. — Thèse de Paris, 1897-1898.
KELLY. — Two cases of caranoma of the ov. (Glascow. med. Journ., 1904, p. 300).
KLEBS. — All. Pathol. Iena, 1889
KRATZENSKEIN. — Zeist. f. geb, u. Gyn., H. I., 1897.
HOFMEIER. — Grundriss der. Gynæk., 1905.
KRAUSS. — Monats. f. Geb. u. Gyn., 1902. Bd. 14. Heft I, p. 130.
KRUG. — Amer. journ of. Obst., 1891. XXIV, 28.
KRUKENBERG. — Erithelioma. Z. f. geb. u. gyn., V, 1901, II, 383.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de Gynécologie.
Ladouce. — Sarcomes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1890.
Lallemand. — Fibromes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1896.
Larnaudie. — Tumeurs solides de l'ovaire. Thèse de Montpellier, 1891, 2.
Lawson-Tait. — Traité des maladies des ovaires.
Lecène.
Léopold. — Deutsch. med. Woch., 1897 et 1888, IV, 61.
Lockyer. — Trans. of. the obst. soc. London, XLVI. 1904, 230 et 349,
Lawy et Guéniot. — Rev. de Gyn. et de Chir. abd., 1902, p. 247.
Marchand. — Chonoepitheliome (Jour. of. Obst. and Gyn., juillet 1903).
Martin. — Traité clinique des maladies des femmes, 1889.
Massabuau. — Thèse de Montpellier, 1906.
Ménétrier, Gilbert et Thoinot. — Cancer.
Mériel. — Congrès de Toulouse (Ann. de Gyn. et Obst., octobre 1910).
Nadig. — Rev. de Gyn. et Chir. abd., 1903, p. 175.
Norris. — Amer. Journ. of Obst., janvier 1910.
Olshausen. — Maladies des ovaires, 1887.
Orthmann. — Hand book of Gyn. Pathol. Trans., 1904.
Page. — The lancet, 1896, p. 1622.
Patton. — Papillome (New-York med. journ., 1892, LV, p. 312).
Pauly. — Kystes dermoïdes (Gazette hebdom., 1875, p. 485, 530, 565).
Péan. — Clinique chirurgicale, 1880, 1881, 1884, 1889.
Pfannenstiel. — Étiol. des tum. de l'ov. (Arch. f. Gyn, XI, 363).
— Sarcome double (Z. f. Geb. u. Gyn. Stutt., 1894, 341).
— Rapport au Congrès de Kiel (Centr. f. Gyn., 1905, nº 26 et 27).
Pick. — Zen. rabbl. f. Gyn., 1905, 673.
Picqué. — Sem. gynécol., 1896, p. 129 et 1897, p. 346.

Pilliet et Souligoux. — Soc. anat., 1897, p. 341.
Pinard. — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pédiât. de Paris, 1900 et 1904.
— Art. grossesse du Dict. encycl. des soc. méd. Paris, 4e s., t. XI.
Pomorski. — Ztch. f. Geb. u. Gyn. Stutt., 1890 et 1892.
Poupinel. — Archiv. de Physiol., 1889, 3e série, t. IX, p. 394.
Pozzi. — Trait. de Gynéc., 1907.
Rendu. — Lyon médical, 1894, p. 475.
Routier. — La Gynécologie, 1907, p. 497.
Schlagenhaufer. — Mon. f. Geb. u. Gyn. Berlin, 1902.
Schenk et Sitzenfrey. — Z. f. Geb. und Gyn., 1897, t. LX, p. 392.
Schrœder. — Z. f. Geb. u. Gyn., 1886. t, XXII.
— Archiv. f. Gyn., 1901, p. 193.
Segond. — Revue de Gyn. et Chir. abd.
Spencer Wells. — Diseases of the ovaries, 1872-1883.
Stander. — Thèse Wugburg, 1902, n° 39.
Stouffs. — Soc. belge de Gyn. et Obst., 1900, XI, 56.
Testé. — Thèse de Bordeaux, 1900, t. LX.
Taylor. — Papillome malin bilatéral (Amer. Journ. ob. New-York, 1904).
Terrier. — Revue de Chirurgie, 1884, 1885, 1886.
Tixier et Gouillioud. — Soc. de Chir. de Lyon, 21 janvier 1909.
Vauverts. — Écho médical de Lille, octobre 1910.
Vignard. — Arch. prov. de Chir., 1904, p. 682.
Wacquez. — Thèse de Paris, 1889-1890.
Waldeyer. — Archiv. f. Gyn., t. I, p. 305.
Zangemeister. — Beiträge z. Llin. chir., XVI, p. 2.
Ziembicki. — Thèse de Paris, 1875.

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris.